

H

L'ODONTOLOGIE

PF 92

30e année. Vol. XLIII N° 1. 15 JANVIER 1910.

L'ODONTOLOGIE

PARAISSANT LE 15 ET LE 30 DE CHAQUE MOIS

ORGANE DU GROUPEMENT DE L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS
ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE, ÉCOLE ET DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS, SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS)

Dirigée de 1881 à 1896 par Paul Dubois

DIRECTEUR : **CH. GODON,**
Président-directeur de l'École dentaire de Paris.

RÉDACTEUR EN CHEF : **MAURICE ROY,**
Professeur à l'École dentaire de Paris, Dentiste des hôpitaux.

Secrétaire de la Rédaction :
HENRI DREYFUS,
Chef de Clinique à l'École dentaire de Paris.

Administrateur-Gérant :
V. E. MIÉGEVILLE,
Chef de clinique à l'École dentaire de Paris.

RÉDACTION ET ADMINISTRATION
A L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS
45, RUE DE LA TOUR-D'AUVERGNE
PARIS-IXe *Téléphone 223.04*

ABONNEMENT :

FRANCE............ **10 fr.** | UNION POSTALE..... **12 fr.**

Le Numéro : 1 franc.

30e ANNÉE. N° 1 15 JANVIER 1910 VOL. XLIII

L'ODONTOLOGIE

L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

TRAVAUX ORIGINAUX

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU DÉPLACEMENT APICAL ANTÉRIEUR DES INCISIVES ET DES CANINES.

Par RAYMOND LEMIÈRE, D. E. D. P., D. D. S.,
Démonstrateur à l'École dentaire de Paris.

Voici deux cas de redressement accomplis chez des individus âgés de plus de vingt-cinq ans, qui vont me servir à vous exposer le mécanisme d'un dispositif dont je me sers pour déterminer le déplacement apical antérieur des incisives et des canines. On sait que tout déplacement en avant des incisives — du moment que l'on n'agit que sur un point de la couronne — est suivi d'une inclinaison linguale de l'axe de ces dents. Cette inclinaison est souvent disgracieuse ; doit-elle et peut-elle être traitée?

Voyons à ce sujet l'opinion des deux grands maîtres de l'orthodontie moderne, Angle et Case.

Angle pense qu'il faut laisser à la nature le soin de réparer cette irrégularité. Il s'exprime en ces termes :

« Un autre changement notable et des plus importants » est celui qui accompagne le mouvement labial d'un certain nombre d'incisives comme dans la figure 631. L'entassement et le chevauchement de celles-ci a produit un » arrêt marqué dans le développement des procès-alvéolaires à la région apicale. De sorte qu'après la correction » de la difformité, ces incisives forment un angle très pro-

» noncé avec une dépression dans leur région apicale et
» une saillie apparente de la lèvre. Souvent il semble qu'il
» est impossible de les maintenir dans une telle position,
» et qu'une extraction est désirable pour éviter cette proé-
» minence.

» Mais dans un grand nombre de cas, la proéminence
» apparente est due au manque de développement du procès
» alvéolaire et aux positions linguales des apex des racines
» qui se sont ainsi disposés pour obéir à la malocclusion.
» Lorsque les couronnes sont en occlusion normale, *la na-*
» *ture se trouve stimulée à poursuivre le développe-*
» *ment des procès alvéolaires et à ramener les apex en*
» *avant dans leur position normale*; de sorte que, après
» le temps nécessaire, la paroi du procès alvéolaire devien-
» dra normale et les dents présenteront des angles nor-
» maux; les contours de la face seront améliorés surtout à
» la base du nez; en un mot, on obtient un résultat meil-
» leur que si l'on avait eu recours à l'extraction. »

Case ne paraît pas compter sur cette action régulatrice de la nature et, contrairement à l'opinion d'Angle, il recommande soit l'application de puissants appareils qu'il désigne sous le nom d'appareils de contour, soit — mais dans certains cas seulement bien définis — l'extraction de deux prémolaires. « Mais, s'empresse-t-il d'ajouter, il est dange-
» reux de défendre un tel principe devant les praticiens qui
» n'ont accordé que peu d'instants à l'étude de cette branche
» de la dentisterie. Ils penseront, en effet, que l'on doit ex-
» traire pour régulariser le tassement des dents dans l'ar-
» cade et ils ne se préoccuperont pas ou pas assez de la
» physionomie, tandis qu'une étude spéciale et attentive des
» traits, leur comparaison avec le type familial montreraient
» qu'en réalité l'arcade dentaire maxillaire devrait être élar-
» gie et que chaque dent devrait être conservée, de façon à
» atteindre sa croissance et son développement naturels. »

Dans les deux cas que j'ai l'honneur de vous présenter, je fus obligé de déterminer le mouvement en avant des incisives supérieures. Ce mouvement de propulsion fut suivi

d'un mouvement d'abaissement destiné à corriger l'infra-occlusion. C'est au cours de ces deux mouvements que j'obtins pour certaines dents une obliquité disgracieuse que je corrigeai avec le dispositif que je vais décrire. Je ferai plus loin la description plus complète des deux cas en question.

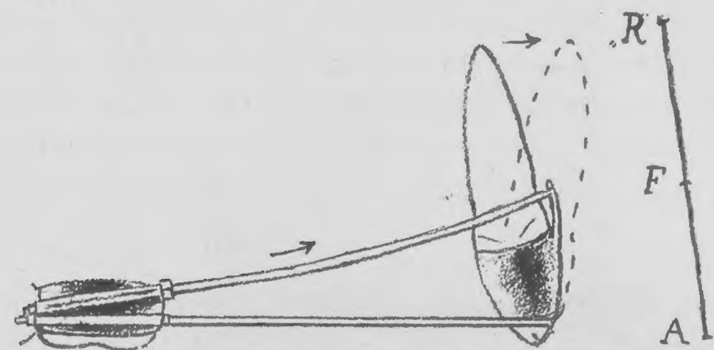


Fig. 1. — Appareil de contour de Case. Levier du 3e genre.

Vous savez que l'appareil de contour de Case (fig. 1) est composé de deux arcades dont l'une, fixée par sa partie médiane sur l'extrémité coronaire des incisives, maintient cette extrémité en occlusion normale, tandis que l'autre arcade exerce sa puissance à l'extrémité d'une tige verticale et parallèle à l'axe de la dent et fixée solidement à la couronne par une bague renforcée. Cette tige, aussi longue que possible, a pour but d'augmenter l'action du bras de levier.

Cet appareil, très puissant, donne des résultats esthétiques fort remarquables. Le déplacement apical obtenu de cette façon est considérable ; la saillie des dents diminue, l'épine nasale est projetée en avant, le nez se régularise, les plis du nez s'effacent, la lèvre supérieure se roule agréablement.

Mais il faut avouer que la construction de cet appareil est délicate ; aussi ai-je pensé à le simplifier par un procédé extrêmement simple et dont l'action à peu près analogue comme direction est souvent suffisante pour amener le résultat désiré.

Alors que l'appareil de Case agit à la façon d'un levier

de troisième genre, celui-ci agira à la façon d'un levier de premier genre. Il déterminera un mouvement en arrière de l'extrémité des incisives. Il faudra donc que l'occlusion des incisives permette le mouvement de A en A'; si cette condition est réalisée, voici le dispositif que l'on peut adopter :

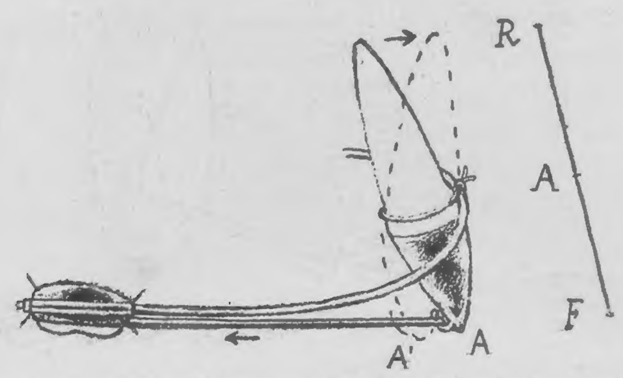


Fig. 2. — Appareil simplifié agissant à la façon d'un levier de 1er genre.

L'appareil d'Angle est en place (fig. 2) ; on vient de déterminer avec lui le déplacement antérieur et inférieur des incisives supérieures, mais on a déterminé aussi leur obliquité. Il suffit alors de fixer sur la dent une bague munie d'un crochet fixé en une région qui ne gêne pas l'occlusion. Si la dent présente de la rotation sur l'axe, le crochet sera fixé sur la partie antérieure de la bague ; si la dent n'en présente pas, le crochet sera postérieur ; mais, dans les deux cas, le plus près possible de l'extrémité coronaire.

A ce crochet viendra se fixer un anneau de caoutchouc dont l'autre extrémité sera passée sur la concavité postérieure d'un autre crochet situé à l'angle disto-cervico-palatin de la bague d'ancrage de la molaire de 6 ans. Dans ce système, l'anneau de caoutchouc constituera la puissance du levier.

Le point d'appui sera formé simplement par une forte ligature en laiton passée au collet de la dent et serrée en avant sur l'arcade. La fig. 3 représente l'appareil en place.

Voyons maintenant des applications de cet appareil.

Voici (fig. 4) un premier cas exécuté chez un jeune homme de 21 ans. Cette irrégularité appartenait à la division de la

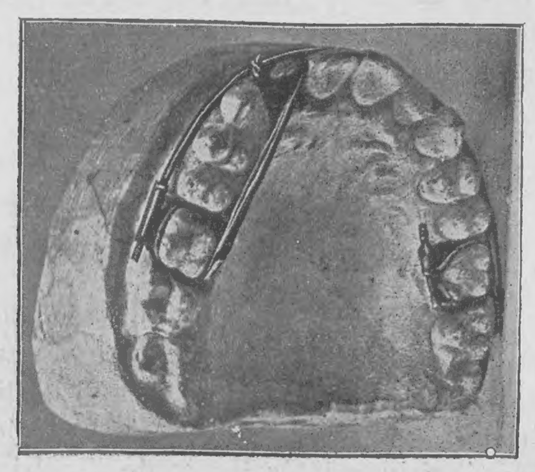


Fig. 3.

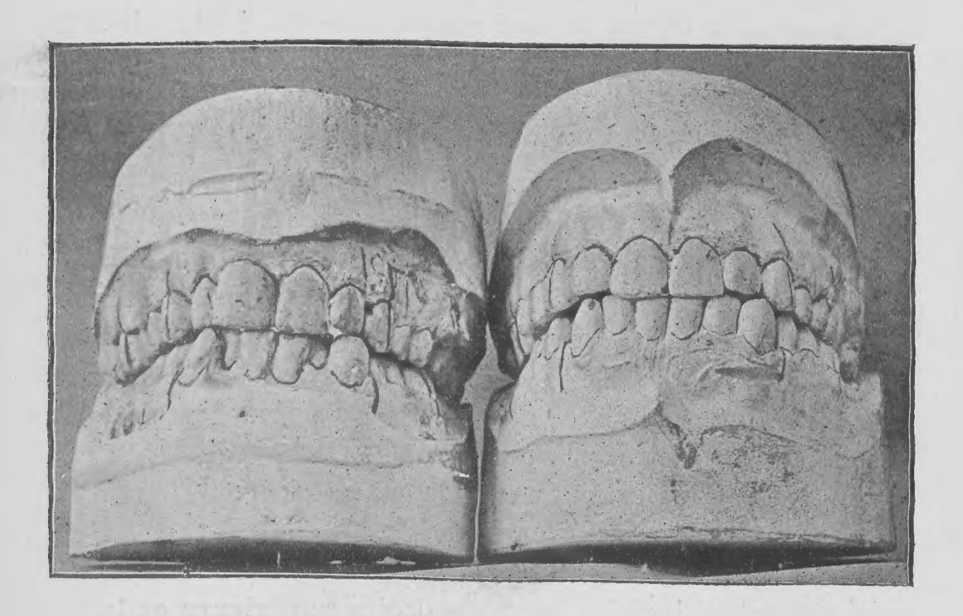


Fig. 4.

classe 3, c'est-à-dire que les points de repère de la mâchoire inférieure étaient dans une situation mésiale à la normale par rapport à ceux de la mâchoire supérieure.

La largeur des incisives est de 34 mm.
PM = 35. Il devait être de 42 —
GM = 45. Il devait être de 51 —
Il faut donc élargir PM de 7 —
Il faut donc élargir GM de 6 —
L'indice normal pour PM = 77
Il est de 97.
L'indice normal pour GM = 65
Il est de 75.

A part l'infra-occlusion sensible surtout au niveau des quatre incisives latérales, la mâchoire supérieure présentait de la protrusion et de la rotation sur l'axe de l'incisive supérieure droite, et de la rétrusion de l'incisive latérale supérieure droite. A la mâchoire inférieure rétrusion des deux incisives latérales et de l'incisive centrale gauche.

Le premier temps du traitement consiste à élargir PM et GM de 7 et de 6 mm., comme nous l'indiquent les calculs de Pont. Lorsque cet élargissement fut obtenu, l'occlusion normale était loin d'être rétablie, au contraire, il y avait au niveau des incisives un certain degré de béance.

L'abaissement des incisives supérieures fut déterminé par le ressort de l'arcade qui fut tordue de façon à atteindre à l'état libre la pointe des incisives. Les incisives furent fixées par le collet à l'arcade, formant ainsi un puissant soutien. Une courbure à concavité supérieure fut déterminée de même sur l'arcade inférieure, de façon à surélever par le même procédé les incisives inférieures, pendant que l'ancrage de Baker tendait à repousser en arrière le maxillaire inférieur et à rétablir les rapports normaux.

C'est lorsque se fut produit l'abaissement des incisives supérieures que l'incisive centrale droite supérieure et la latérale gauche supérieure présentèrent une obliquité anormale ; c'est à ce moment que j'appliquai le dispositif décrit plus haut et qui produisit rapidement la correction de cette malposition.

A la fin du traitement les mensurations donnaient :

PM = 39
GM = 45
Les indices étaient : Indice PM = 87
Indice GM = 75

Le deuxième cas (fig. 5) appartient à la première classe

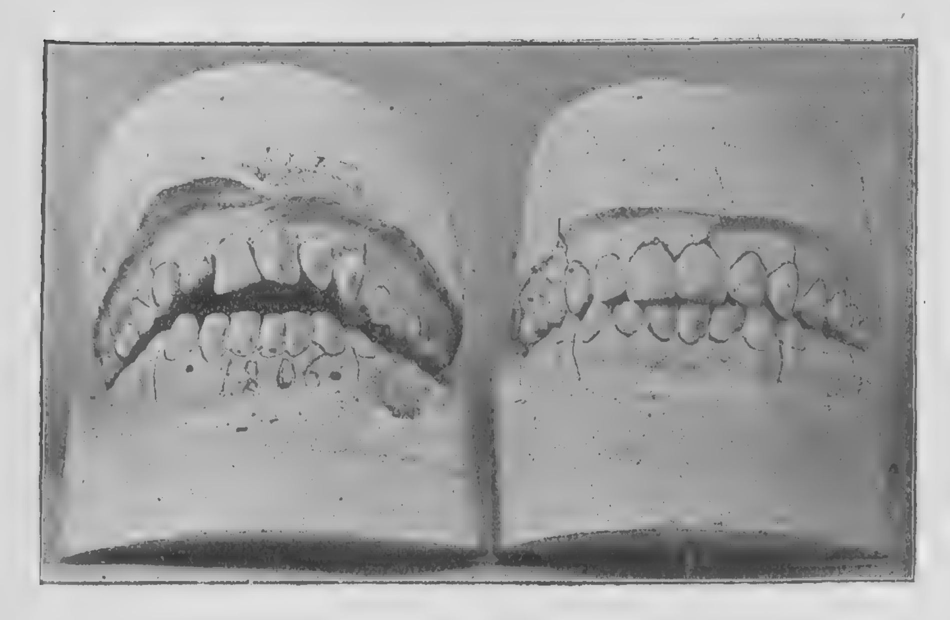


Fig. 5.

de la nomenclature d'Angle avec atrésie des deux maxillaires. Les mensurations de Pont donnent :

La largeur des incisives est de 32 mm.
PM = 34. Il devrait être de 40 —
GM = 45. Il devrait être de 48 —
Il faut donc élargir PM de 6 —
Il faut donc élargir GM de 3 —
L'indice normal pour PM = 78 :
Il est de 94.
L'indice normal pour GM = 66
Il est de 71.

A noter de plus :

Une infra-occlusion très marquée des incisives.

Un déplacement postérieur et latéral de l'apex des inci-

sives supérieures gauches et de l'incisive latérale supérieure droite.

Un déplacement parallèlement à l'axe de l'incisive supérieure droite.

Au maxillaire inférieur, outre l'atrésie, rotation sur l'axe de l'incisive latérale droite et de l'incisive centrale gauche. Les incisives sont très serrées les unes contre les autres.

Comme précédemment, l'élargissement fut atteint, exagéré même pour faciliter la rotation des incisives inférieures. Puis, l'abaissement et la protrusion des incisives supérieures furent déterminées par une courbure de l'arcade à concavité inférieure. Le déplacement apical antérieur des deux incisives latérales fut obtenu comme précédemment par le procédé simplifié que je viens d'exposer. Comme il y avait en même temps un certain degré de rotation sur l'axe, le point d'attache de l'anneau de caoutchouc fut placé sur la face antérieure.

A la fin du traitement : PM = 38
GM = 47
Indice PM = 86
— GM = 65

Ces anneaux de caoutchouc sont parfaitement bien tolérés. Ils agissent assez rapidement, étant donné leur grande tension.

Tels sont les deux cas qu'il m'a paru intéressant de vous présenter :

1° A cause de l'âge des patients ;

2° A cause de la similitude des diverses phases du traitement, bien que ces deux cas appartiennent à deux classes différentes ;

3° Parce qu'ils m'ont permis de vous présenter un dispositif qui, dans certains cas, peut rendre des services, lorsque l'on ne ne veut pas entreprendre la construction de l'appareil de contour.

INHALATEUR POUR NARCOSE. NOUVEAU MASQUE POUR L'ANESTHÉSIE GÉNÉRALE AU CHLORURE D'ÉTHYLE

Par V. E. Miégeville,
Chef de clinique d'anesthésie à l'École dentaire de Paris.

(C mmunication à la Société d'odontologie de Paris, séance du 7 décembre 1909.)

J'ai l'honneur de vous présenter un nouveau masque auquel j'ai voulu conserver les avantages de quelques appareils déjà existants en essayant de supprimer leurs inconvénients.

Ce masque donne satisfaction aux partisans de diverses méthodes d'administration du chlorure d'éthyle.

En effet, faut-il donner de l'air ? N'en faut-il pas donner ? Je me garderai bien d'aborder ce sujet puisqu'il a été démontré, à la Société d'Odontologie l'an dernier, que les deux procédés étaient bons ou tout au moins n'étaient pas mauvais. Cependant, pour ma part, je donne la préférence au masque muni de soupapes et je suis persuadé que les partisans du masque clos en viendront un jour à munir leurs appareils de soupapes d'expiration et d'inspiration.

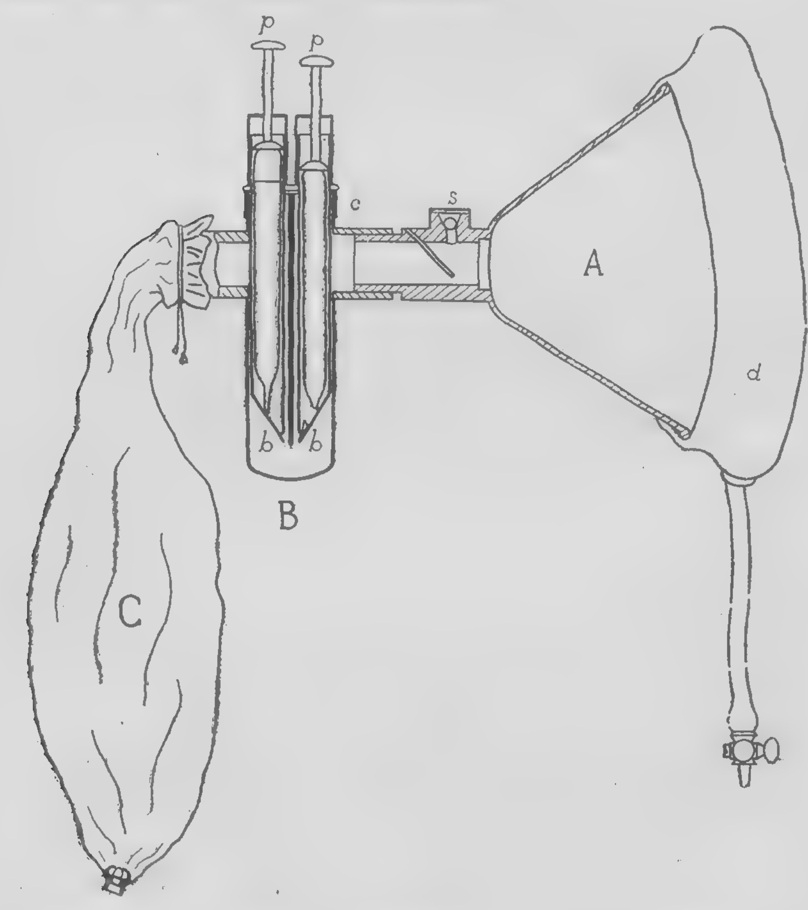
Description.

Le masque qui fait l'objet de ma communication est, comme vous le voyez, un appareil tout en métal nickelé muni d'une vessie ; le masque simple est composé de quatre parties distinctes :

1° *Le masque* (A) proprement dit, en métal nickelé, de forme ovalaire, est muni d'un bourrelet pneumatique (d) lui permettant de s'appliquer hermétiquement sur la face du patient ;

2° Le tube porte-soupape est muni en son milieu d'une soupape d'expiration (S) et d'un plan incliné qui, l'obturant aux trois quarts, permet à la plus grande partie de l'air expiré de s'échapper. Ce tube mobile s'adapte d'une part au masque et de l'autre au corps de l'appareil ;

3° *Le corps* (B) de l'appareil est formé d'un gros tube vertical fermé à la partie inférieure et divisé en deux jusqu'à un centimètre environ de sa base par une cloison qui permet à l'air contenu dans la vessie de venir passer à la surface du chlorure d'éthyle liquide contenu au fond du tube central pour s'en saturer. Ce masque est un appareil à évaporation lente, parce que le chlorure d'éthyle au sortir de l'ampoule reste en partie à l'état liquide, grâce à l'abaissement de température produit et se volatilise lentement, empêchant ainsi la sidération du patient.



Le corps de l'appareil est encore muni à la partie supérieure d'un capuchon démontable (c) supportant les deux tubes brise-ampoules (b) surmontés de pistons (p). A la

partie antérieure se trouve un tube horizontal qui permet l'ajustage du masque ou du tube porte-soupape sur le corps de l'appareil, un tube horizontal semblable à la partie postérieure supporte le ballon-vessie ;

4° Le ballon (C), qui est interchangeable, est une vessie de porc préparée, d'une contenance d'un demi-litre d'air environ. Il est muni, au fond, d'une petite soupape de sûreté dans le cas où l'on se sert de la soupape d'expiration pour éviter que le vide ne se fasse, ce qui ne manquerait pas de se produire au bout de deux ou trois inspirations.

Dans un appareil étanche il est absolument indispensable d'avoir une petite soupape permettant à l'air extérieur de venir remplacer l'air expiré, sans quoi le vide se ferait dans l'appareil et la respiration ne s'opérerait plus.

Qualités de l'appareil.

Ainsi que je viens de le dire plus haut, son principe est basé sur l'administration lente d'une dose minime de chlorure d'éthyle.

Cet appareil est :

1° Rigide dans son ensemble, ce qui permet de le tenir d'une seule main, en conservant l'autre libre ;

2° A réserve en cas de besoin, grâce à ses deux tubes brise-ampoules séparés qui sont chargés au début ;

3° Démontable, ce qui permet de le nettoyer et de le stériliser avec facilité ; la soupape à bille est démontable, très simple et fonctionne toujours très bien.

4° Transformable. Certaines pièces sont en effet interchangeables et permettent d'avoir soit :

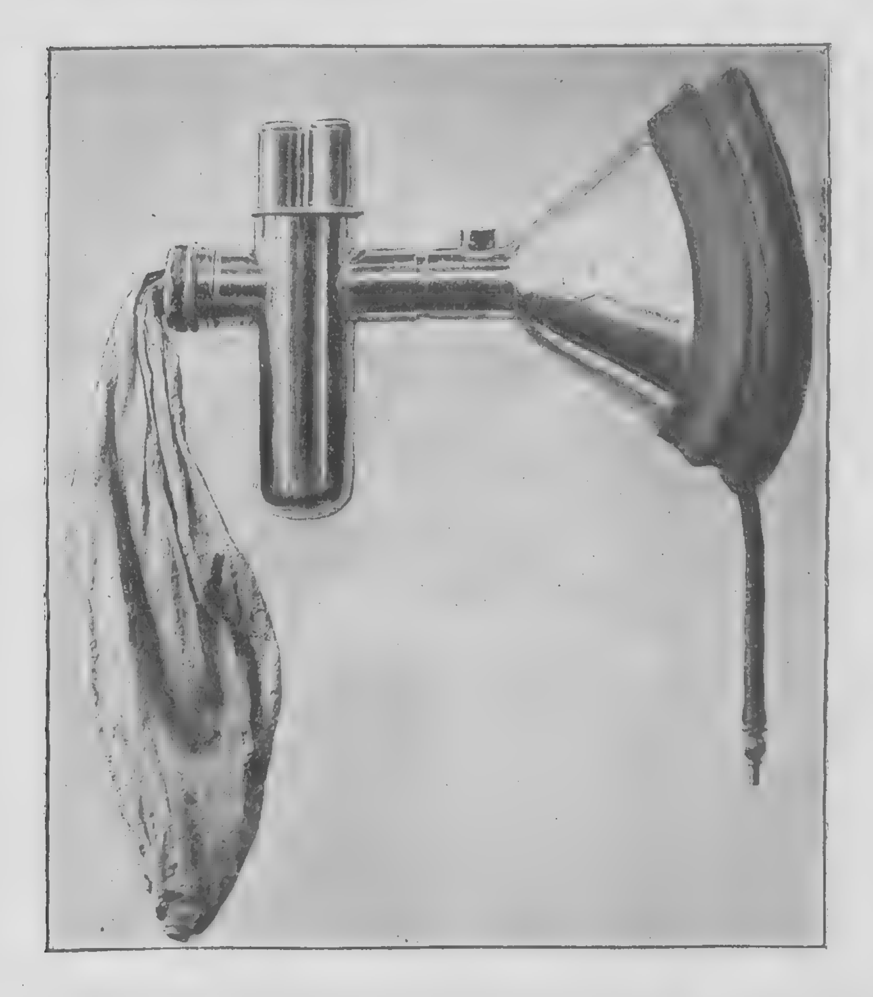
A. *Un masque clos* à vessie, en supprimant les soupapes; on peut donc ainsi donner *le chlorure d'éthyle sans air*.

B. *Un masque à soupapes* empêchant le patient de réabsorber l'acide carbonique déjà expiré.

C. *Un masque pouvant être appliqué dans toute position*, sur un patient assis, ou dans le décubitus horizontal, qu'il soit dorsal, sternal ou latéral droit ou gauche.

Technique opératoire.

On charge les deux brises-ampoules de deux ampoules de 3 cc. de chlorure d'éthyle, sœmnoforme, coryloforme, hypnoforme, etc..., puis on s'assure que le bourrelet pneumatique est bien gonflé, et l'on ajuste le masque et la vessie sur le corps de l'appareil.



Après avoir maintenu la bouche du patient ouverte avec un bâillon quelconque, on place le masque sur la face en prenant à pleine main le corps de l'appareil, le tube porte-vessie placé entre l'index et le médius, le pouce étant libre.

On fait respirer à blanc le patient deux ou trois fois, puis on laisse l'ampoule en appuyant avec le pouce sur l'un des pistons et l'on prie le patient de continuer à respirer normalement. On constate alors, par la main qui la tient, le brusque refroidissement de la partie inférieure du tube formant le corps de l'appareil. On règlera l'évaporation du chlorure d'éthyle en réchauffant avec la main la partie inférieure du tube central. Il sera bon, si l'on se sert de la soupape d'expiration, de la fermer avec le pouce au début de l'anesthésie et de la laisser fonctionner quand la respiration se régularise et devient rythmée. Au bout d'une minute environ, sur un bon sujet, on obtient un sommeil profond qui durera d'une à quatre minutes. Dans le cas où le sommeil serait trop long à se produire, on brise la seconde ampoule de réserve ; la plupart du temps une ampoule de 3 cc. (au plus deux) de chlorure d'éthyle pur suffit pour un bon sommeil. On pourra cependant dans certains cas, qu'un œil exercé reconnaîtra tout de suite, mettre une ampoule de 3 cc. et une de 5 cc.

NOTA. — 1° Pour transformer l'appareil en masque clos, on supprimera le tube porte-soupape et l'on mettra une vessie également sans soupape.

2° Pour le décubitus, on se servira du tube cintré, qu'on tournera en haut, en bas ou de côté, selon la position du patient.

REVUE DES REVUES

LES DENTS BIEN CALCIFIÉES ET LES DENTS MAL CALCIFIÉES [1]

Par Eugène Talbot, de Chicago.

Discussion.

M. Ottolengui. — Je discuterai la communication au point de vue clinique.

L'auteur dit que Black admet que la force des dents diminue avec l'âge avancé ; que, quand la pulpe est perdue, la dent se décolore, perd sa force notablement, sans doute parce que la substance organique est endommagée ; que, quand la pulpe est assez calcifiée pour arrêter la nutrition, les portions coronaires de la dentine perdent leur force, sans doute pour la même raison ; que les dents des gens âgés, surtout des individus chez lesquels la pulpe est fortement calcifiée, perdent de leur force. Il me semble que l'auteur s'est un peu mépris sur le sens des mots force et mollesse. Je ne crois pas que Black veuille dire que la dent qui a perdu sa force est une dent molle. Le point important est celui-ci : tous les états décrits dans ce paragraphe sont *pathologiques* dans un sens, tandis que je considère les dents molles comme des dents *pathologiques normales.* La distinction entre les dents dures et les dents molles, telle qu'elle a été faite touchant la résistance à la carie, n'indique pas ou n'est pas destinée à comprendre ces états pathologiques. Les dents perdent certainement leur force par la détérioration ou la maladie de la substance organique ; mais, comme l'auteur l'admet, nous avons souvent vu des dents qui varient en densité, en dureté ou en mollesse physiologique et nous comprendrons mieux l'auteur si en terminant il veut établir une différence entre les dents molles et les dents qui ont simplement perdu de leur résistance par suite d'états physiologiques.

Dans une autre partie l'auteur dit :

« Le cerveau se développe aux dépens de la face, du nez, des maxillaires et des dents, qui naturellement se développent moins, d'où leur dégénérescence. Un autre facteur dont il faut tenir compte est que

---

1. Cette communication, dont nous avons publié la traduction dans nos n[os] des 15 et 30 décembre 1909, a été faite à la 40e réunion annuelle de la Société dentaire de l'Etat de New-York ; elle y a été suivie de la discussion ci-après, empruntée, comme l'article, au *Dental Cosmos* d'octobre 1909.

ces tissus qui sont de tout premier ordre sont transitoires et plus facilement atteints par les maladies. La neurasthénie chez les parents et les maladies de l'enfance troublent l'équilibre du système nerveux, d'où il en résulte un excès ou un arrêt du développement des os de la face, du nez, des maxillaires, atteignant de même la structure des dents. »

Là encore je ne puis pas le suivre. Je ne puis pas comprendre l'état qu'il décrit ici, c'est-à-dire qu'il peut y avoir une croissance excessive dans un os normal d'ailleurs. Je comprends facilement un excès pathologique dans le développement de l'os, comme l'hypercémentose, l'exostose ou la tumeur osseuse, qui sont toutes des agrandissements de l'os résultant de processus pathologiques, mais je ne puis comprendre un développement excessif de l'os dans le développement d'un enfant normal d'ailleurs. Quand je vois une différence dans la dimension des mâchoires, je ne puis m'empêcher de penser que la plus grande est normale et que la plus petite a souffert d'une insuffisance de développement. Par exemple quand je vois une mâchoire très grande, mon regard se porte sur le maxillaire supérieur et il me semble toujours trop petit pour l'équilibre de la face. Je demandais à un pédiatre si, quand une jambe est plus longue que l'autre, il considère la première comme démesurée et comme constituant un défaut. Il me répondit que dans certains cas il considérait la grande comme déformée. Le type d'après lequel ces spécialistes mesurent me semble contestable ; ils ont un système d'après lequel ils mesurent les bras, les jambes, etc., et si en comparant les deux jambes d'un individu avec les mesures générales, ils constatent que la jambe courte est d'accord avec leur système, ils déclarent que l'autre jambe est trop longue. Cependant ce médecin me disait que l'on trouve habituellement dans ces cas une dislocation de l'articulation coxo-fémorale, qui explique probablement la disparité des deux jambes.

M. Talbot. — N'existe-t-il pas des microcéphales et des macrocéphales ?

M. Ottolengui. — Ce sont des cas pathologiques.

M. Talbot. — Eh bien ! voilà la réponse.

M. Ottolengui. — Je n'ai vu ces cas que dans les livres, mais je les considère comme des monstruosités pathologiques et non comme des phénomènes normaux et sains. Une certaine part de la nutrition va à ces parties pendant le développement et l'os est formé par les cellules qui profitent convenablement de cette nutrition. Je comprends comment dans certaines parties du corps la nutrition peut, pour bien des raisons, ne pas être utilisée convenablement, auquel cas ces parties peuvent souffrir d'une insuffisance de développement, tandis que le reste du corps est peut-être normal, mais il m'est difficile de

comprendre comment cette partie peut bénéficier d'un tel excès de nutrition, qu'elle grandisse démesurément et devienne plus grande que le reste du corps. Si tel était le cas je penserais que le microscope présente une disposition des cellules tout à fait différente et pathologique. Il est aisé de dire que la partie plus grande est simplement suralimentée, mais je ne puis comprendre comment une partie peut profiter d'une suralimentation.

Je crois que l'élément le plus important du sujet traité par l'auteur consiste dans les nombreuses maladies qui peuvent frapper la pulpe et dans les troubles constitutionnels dont les dents peuvent souffrir et qui les amollissent. J'admets toutes les maladies possibles de la pulpe, et je considère que c'est là un problème fort important pour nous à étudier dans l'avenir, parce que la solution est destinée à révolutionner notre pratique en ce qui concerne la conservation de la pulpe et en fait elle l'a déjà révolutionnée. Mais examinons la deuxième proposition et voyons combien il est important pour nous d'avoir une solution scientifique et mécanique à la fois qui nous permette de décider si nous devons détruire la pulpe ou non. D'un côté Black dit, et l'auteur l'admet, que la perte et la destruction de la pulpe ont pour conséquence l'affaiblissement de la force de la dent ; je ne comprends pas très bien comment cela amollit la dent, néanmoins cela rend la dent plus friable, moins résistante à l'effort de la mastication, et plus sujette à se briser dans la bouche. D'autre part nous apprenons qu'il y a beaucoup de maladies de la pulpe pouvant toutes exister au moment où l'on décide de la sauver. Par conséquent, dans l'espoir de sauver un organe qui peut être malade nous pouvons causer des ennuis à notre patient et à nous-mêmes ; nous devons donc établir si une pulpe est malade ou non. Il importe que nous puissions distinguer entre les pulpes malades et celles qu'on peut laisser dans la dent en toute sécurité. Alors, quand nous arrivons à la conclusion qu'une pulpe doit être détruite, nous ne devons pas négliger ce qui nous a été démontré, à savoir qu'une dent sans pulpe est moins capable de résister à l'effort de la mastication qu'une dent à pulpe saine. Nous devons donc tailler les dents plus que nous ne l'avons fait dans le passé, non pas dans la pensée d'empêcher le retour de la carie, mais de façon à disposer notre obturation pour protéger la dent elle-même, nous devons sauver la dent de la destruction qui peut se produire en raison de l'augmentation de sa faiblesse. En d'autres termes, si en obturant une molaire, un quart de celle-ci est attaqué par la carie et affaibli, il vaut mieux enlever cette partie en entier, tailler jusqu'à une base saine et construire solidement avec une matière obturatrice.

Je suis disposé à croire que la pulpe est sujette à toutes ces maladies, et que, pour cette raison, nous devons être très préoccupés de

l'état dans lequel nous laissons une pulpe dans une dent à obturer, mais l'auteur n'a pas prouvé que ces maladies puissent attaquer la pulpe d'une dent dont la couronne est saine. Je ne veux pas dire par là que les pulpes des dents saines ne peuvent pas mourir de traumatisme ou d'infection d'un abcès péricémentaire ou pyorrhéique. D'après la clinique il n'y a pas de pulpes malades dans les dents qui n'ont pas été attaquées par la carie et, par suite, la détermination de toute maladie des organes dentaires est basée sur la carie ; de là nous arrivons à cette conclusion qu'une connaissance parfaite de la prophylaxie et la pratique de celle-ci nous donneront la solution la plus sûre du problème de la conservation de la dent.

M. Hofheinz. — Les cliniciens n'ont jamais été complètement satisfaits des déductions de Black touchant les dents dures et les dents molles, et Miller en a mis plusieurs en doute.

Deux des conclusions de M. Talbot m'intéressent :

1° Il n'y a pas de raison de supposer que les dents des enfants au-dessous de 12 ans sont trop molles pour être obturées avec un métal ; 2° les différences dans la densité ou le pourcentage des sels de calcium ne sont pas les éléments dominants de la force ou de la dureté des dents, qui semblent dépendre de l'état de la matrice organique.

Si, comme Black le dit, la matière organique est la cause de ce que nous appelons une dent dure ou une dent molle, n'est-il pas possible que pendant l'enfance il y ait un développement imparfait de l'activité fonctionnelle donnant lieu à ce que les cliniciens appellent les dents molles des enfants ? Après tout, les sels de calcium proprement dits semblent jouer un rôle dans la question des dents dures ou molles, si la cause fondamentale est la substance organique. Celle-ci ne pourrait pas subsister seule ; les sels de calcium sont nécessaires pour faire la dent ;

3° La carie des dents ne dépend pas de l'état de celles-ci, mais de l'état du milieu qui les entoure.

Cela voudrait dire qu'une dent est en bon état en toute circonstance. Appliquons les larges vues de M. Talbot sur les maladies constitutionnelles à cette question. Deux individus du même âge s'exposent à la petite vérole, à la tuberculose ou à la syphilis. L'un succombe et l'autre n'est pas atteint. Qu'est-ce que cela prouve ? Une grande différence dans leur susceptibilité. Pourquoi cela n'est-il pas applicable aux dents ? Les mêmes milieux détruisent des dents, mais n'affectent pas les autres dans la même bouche.

Le cas de l'Irlandais cité par M. Talbot, est un exemple des grands changements de tissus qui s'opèrent pendant la maladie. Si, au bout de 6 ans, la gingivite interstitielle était complètement arrêtée, mais si les dents molles restaient, cela indique simplement que la membrane

péridentaire, avec sa grande vascularité, était plus rapidement affectée par le processus de restauration que la substance organique des dents.

Le fait que chez les Egyptiens d'il y a 5000 ans la carie était rare chez les gens de la classe inférieure et presque inconnue chez les enfants témoigne nettement de la dégénérescence des dents. C'est une question de milieu ; les différences dans le genre de vie des Egyptiens et de notre race donnent de bonnes raisons constitutionnelles. Les mères égyptiennes ne menaient pas la vie agitée d'aujourd'hui et leurs travaux se faisaient presque toujours au dehors.

M. Talbot nous parle de l'influence du cerveau sur le bras et sur la main et de la lutte dans l'évolution entre la face, le nez, les mâchoires et les dents. Cela justifie le fait que les progrès de la carie et de la dégénérescence des dents marchent de pair avec la civilisation.

MM. Talbot, Black et Kirk nous disent que les dents perdent de leur force si leurs pulpes sont détruites et que leur force diminue avec l'âge. Il semble paradoxal d'entendre cette dernière affirmation.

Nous savons qu'une dent qui a perdu sa pulpe tranche différemment d'une autre qui a une pulpe normale. Il n'a pas été fait d'expériences pour démontrer la valeur relative des matières obturatrices dans les deux catégories de dents. Je sais par expérience que beaucoup de dents dévitalisées avec de grandes aurifications proximales ou occlusales présentent des fentes dans le sens lingual ou buccal Je dirai donc que l'or foulé au maillet vaut moins que l'inlay d'or. L'effort est communiqué plus directement par l'obturation au maillet aux bords d'émail et à la dentine appauvrie que lorsqu'il existe une couche de ciment.

Maintenant, quelle est la cause principale d'un métabolisme défectueux et quels sont les organes principaux qui y contribuent.

Dans quelle mesure M. Talbot considère-t-il les glandes salivaires, sécrétoires et excrétoires comme la cause de ce métabolisme ? Nous savons qu'une quantité immodérée de nourriture azotée en est cause. M. Beesan, de Colombie, disait récemment que tout le sel en excès dans les aliments est superflu et nuisible à la digestion. Le goût pour le sel s'acquiert et n'existe pas chez les animaux ni chez les oiseaux. Le sel dans les aliments dans la proportion de 4/1000 est bienfaisant pour la digestion, mais au delà de 6/1000 il est nuisible. Des expériences ont prouvé que l'excès de chlorure rend le sang pathologique, empêche l'assimilation et la désassimilation en raison du dommage qu'elle cause aux globules rouges.

M. E. T. Darby. — Les affirmations de M. Black touchant les dents dures et les dents molles ne sont pas d'accord avec mes observations. Certes il y a une différence dans la nature des dents. Les unes sont dures, les autres sont molles, mais je n'ai jamais pu vérifier l'affirmation de M. Black que toutes les dents sont également dures.

Je suis heureux que M. Ottolengui ait fait observer que des dents peuvent être physiologiquement dures ou molles et qu'elles peuvent être pathologiquement dures ou molles à la suite de certains états pathologiques. Cela a été parfaitement observé.

Des dents qui sont molles de bonne heure présentent cliniquement une plus grande dureté plus tard, et des dents qui sont dures à 40 ans peuvent par des états pathologiques, devenir molles à 60 ou 70 ans.

J'ignore ce qui cause ce changement entre 15 et 50 ans, mais mon expérience me prouve que des dents qui ont été très pauvres de bonne heure sont souvent très bonnes au milieu de la vie et restent souvent bonnes jusqu'à la vieillesse. J'ai eu des patients auxquels, quand ils étaient enfants je n'ai pas voulu faire d'aurifications ; mais j'ai sauvé leurs dents avec de l'étain ou des obturations plastiques et plus tard je ne craignais pas de les obturer avec une matière quelconque, quelque bonne conductrice qu'elle fût. J'ai vu des dents si pauvres que je désespérais de les sauver et, à 25, 30, 40 ans elles étaient si bonnes qu'elles étaient exemptes de carie. Il y a des patients que j'ai ainsi soignés pendant 40 ans. Qui donc dira que les dents ne s'améliorent jamais ?

Dans sa conclusion : « Il n'y a pas de raison de supposer que les dents des enfants au-dessous de 12 ans sont trop molles pour recevoir des obturations métalliques. » M. Black prétend que les diverses variétés de dents contenant la même proportion ou à peu près de sels de calcium dans l'émail, la dentine et le cément, elles ont toutes nécessairement le même tissu.

Il y a des gens qui soulèvent des poids par contraction musculaire ou qui résistent au froid ou à des milieux défavorables à la vie beaucoup mieux que d'autres individus pesant tout autant. Il est probable qu'une analyse de leurs tissus musculaires faite après leur mort donnerait la même quantité d'hydrogène, d'oxygène, d'azote et de carbone, et cependant les muscles de l'un peuvent être durs et fermes, les muscles de l'autre mollasses et faibles. Peut-on dire alors qu'il n'y a pas de différence dans la dureté et la mollesse des tissus de dents mortes prises sur une mâchoire humaine, bien qu'elles soient les mêmes chimiquement dans leur substance et leur structure que lorsqu'elles sont dans la mâchoire ?

Les atomes qui forment les particules de la dentine, de l'émail et du cément sont maintenues réunies par la trame organique, substance qui diffère grandement suivant le cas. De sorte que les expériences de M. Black, tout en étant justes, ne conduisent pas à la conclusion formulée.

Une autre conclusion est la suivante :

« La cause déterminante de la carie est indépendante des dents elles-mêmes ; elle agit sur elles du dehors et il découle logiquement

des observations faites que la différence dans la prédisposition des individus à la carie provient de leur constitution, qui agit par l'intermédiaire des fluides buccaux et influe sur la cause déterminante de la carie entravant ou intensifiant ses effets. »

S'il est possible que quelque chose dans la constitution affecte le pouvoir vital des glandes salivaires et si cette cause peut affecter également leur action, n'est-il pas possible que cela affecte les tissus qui reçoivent de la nutrition et de la vitalité pour les dents ? Il y a une connexité vitale entre ces tissus et les parties dures des dents. S'il n'en était pas ainsi, pourquoi une dent à pulpe morte couperait-elle et broierait-elle plus aisément qu'une dent vivante ainsi traitée.

Il est évident que les conclusions citées par M. Talbot l'ont amené à affirmer que la cause vitale de la carie dentaire réside dans le milieu ambiant. Certes ce milieu est un facteur important, peut-être le plus important, mais les dents sont aussi des organes qui vivent, étroitement reliés aux nerfs et au système vasculaire de l'organisme. Il reste encore à prouver que l'état physique de ces tissus ou l'effet de l'état d'une partie du système vivant n'est pas la cause de la force ou du manque de force des tissus humains dans tout le corps ; en d'autres termes, qu'il n'y a pas de dents dures et de dents molles si, comme je l'ai dit, les conditions de dureté ou de mollesse ne dépendent pas de la composition chimique de la structure.

L'affirmation « Il n'y a aucune raison de choisir et d'appliquer des matières obturatrices aux dents molles, dures ou fragiles ou mal calcifiées. La raison à tirer du milieu environnant les dents pour le choix et l'application de ces matières reste à découvrir » n'est pas établie, suivant moi, car il est bien plus aisé de briser, d'endommager et de mutiler certaines dents que d'autres. Si l'on examinait avec plus de soin l'emploi des matières obturatrices, il y aurait de la part des médecins moins de critiques contre les dentistes, car il n'est pas rare que des dentistes qui examinent comment ils pourraient entasser de l'or dans une dent épuisent en deux heures toute la résistance d'un patient nerveux que son médecin a mis des mois à obtenir.

Je puis comprendre comment les dents molles peuvent résister à la carie, tandis que les dents dures peuvent, dans certaines circonstances, succomber à son atteinte, mais cela n'est pas habituel. M. Talbot a raison de dire que la force et le pouvoir de résistance — ou la dureté des dents — sont atteintes par des changements constitutionnels, et ces changements ont lieu en dépit des éléments chimiques constituant les dents.

Il y a peu de doute que comparativement aux peuples anciens ou primitifs, il se produit de la dégénérescence de la mâchoire humaine chez les individus des pays de civilisation très avancée actuellement mais il faut définir la *dégénérescence*. Le rôle des dents humaines a

diminué à mesure que le temps a marché et actuellement un pays civilisé demande moins à ses dents qu'il y a 100.000 ans ou moins. La mâchoire et les dents peuvent être de structure plus légère et plus fragiles et cependant elles peuvent suffire aux besoins. Peut-on d'après cela qualifier de dégénérescence le changement survenu chez elles ? M. Talbot lui-même appelle cela un processus naturel d'évolution.

L'opinion de M. Talbot que les dents perdent de leur force avec l'âge, partagée par MM. Black et Kirk, exige d'abord que la destruction des dents par carie ou autrement ne soit pas due entièrement et toujours à des causes externes. Car, s'il y a suffisamment de lien vital entre les dents et l'organisme pour que les dents soient atteintes comme les autres tissus à mesure que l'âge avance, nécessairement la possibilité de changement dans ces tissus par des causes non externes est une indication que la destruction des dents peut être influencée par des causes internes ou externes. Le manque de résistance de certaines dents aux troubles externes dans les conditions où d'autres résistent, détermine sans doute, ce que M. Talbot appelle des dents molles, terme qui me semble raisonnable et bien explicatif. Je considérerai donc comme M. Talbot qu'il existe des dents dures et des dents molles, par relativité, les premières résistant d'ordinaire aux influences destructives plus aisément que les secondes. Je crois également que le choix de l'obturation suivant le cas a une importance vitale.

M. Babcock. — Tout le monde admet sans doute que pathologiquement il y a des dents molles et des dents dures, mais il s'agit de savoir s'il y en a physiologiquement. Quand M. Black a prétendu que les unes et les autres n'existent pas, parce qu'elles ont la même composition chimique, je n'ai pu accepter cette déclaration. Je crois qu'il y a un facteur qu'il n'a pas encore découvert, non plus que les autres savants. Il y a de nombreuses substances de même composition atomique qui ont le même nombre d'atomes, et qui diffèrent l'une de l'autre par la disposition de ces atomes : c'est l'isomérisme ; par exemple le diamant et le graphite ; une considération analogue nous aidera à comprendre la différence entre les dents dures et les dents molles physiologiquement.

Nous devons être très soigneux en traitant nos patients, notamment quant aux espaces interdentaires. En matière d'obturation, la conductibilité, thermique ou électrique, est très importante.

M. Talbot. — M. Ottolengui a fait remarquer qu'il ne pouvait comprendre le rapport entre le développement de la santé et la dégénérescence. Je signalerai plusieurs ouvrages dans lesquels j'ai puisé mes idées à cet égard : l'*évolution par l'atrophie* (de Moor) ; *l'évolution et la maladie* (Bland Sutten) ; *la lutte pour l'existence entre les organes* (Roux, de Berlin).

Il a cité des lois, mais il a oublié celle de l'observation, et c'est en cela que nous sommes fautifs, car comme dentistes nous n'observons pas assez et nous ne comprenons pas assez l'étiologie des irrégularités. Nous partons de l'occlusion, qui est le point de vue mécanique, mais nous laissons de côté les causes. Le principe du développement des mâchoires et des dents est le suivant : si vous vous liez le bras gauche au corps et vous servez constamment du droit, la nutrition ira à celui-ci, qui se développera, tandis que le gauche s'atrophiera. Ce n'est pas là un état pathologique, c'est un état physiologique. La raison pour laquelle la mâchoire supérieure est plus grande dans certains cas et plus petite dans d'autres est la suivante : elle est stationnaire et, en raison de la structure particulière des différentes cavités et des os de la face, elle ne se meut pas et la nutrition n'y va pas. Elle ne sert pas et l'inférieure faisant le travail recevra finalement plus de nutrition qu'elle. Quand il y arrêt de développement du maxillaire inférieur, ce qui est souvent le cas, il y a moins de résistance à la tendance des mâchoires à diminuer. Par suite du défaut d'usage les mâchoires deviennent plus petites Le cerveau se développe aux dépens de la face et des mâchoires. Cette loi d'usage et de non usage est une simple proposition et le principe fondamental de toute la pathologie de la tête, de la face, du nez, des mâchoires et des dents.

Les remarques de M. Darby sont des faits. Il est exact que les dents sont molles à la suite de la scarlatine ou de toute maladie infantile, contagieuse ou infectieuse ; la mollesse est due à la mauvaise nutrition. Les dents molles sont dues à un métabolisme défectueux et quand celui-ci est corrigé le processus nutritif l'est aussi et les dents se fortifient aussitôt ; mais quand un homme arrive à quarante ans il peut y avoir un changement par suite de surcroît de travail, faiblesse intellectuelle, chez les femmes par suite de grossesse, de chagrin de la mort d'enfants, etc. ; et les dents perdent de leur force. Cela n'est pas externe, c'est interne.

Un membre de la Société a parlé des pulpes. J'ai dit que la pulpe peut devenir sénile à 6, 10, 30 ou 40 ans ; cet état sénile résultant d'un métabolisme défectueux atteint la pulpe. Les dents que j'ai examinées n'étaient pas cariées, mais étaient atteintes par autre chose, par exemple par la gingivite interstitielle ; elles furent donc immédiatement enlevées et placées dans des solutions préparées à cet effet.

A l'examen les pulpes furent reconnues malades, montrant en fin de compte qu'elles n'avaient été atteintes par aucune maladie externe. Les pulpes étant des organes terminaux placés dans des dents et enfermés pour ainsi dire, le sang amenant un poison à ces extrémités, ces états pathologiques s'y étaient établis.

(*Dental Cosmos*, octobre 1909.)

REVUE ANALYTIQUE

La rachianesthésie dans les interventions sur la bouche et les dents. — Les fistules du sinus maxillaire. — Emploi de la stovaïne. — Hématome provoqué par une injection anesthésique locale chez un hémophile. — L'acide sulfurique dans la pulpectomie. — Le profiloscope. — Les stomatites mercurielles frustes.

La rachianesthésie dans les interventions sur la bouche et les dents.

On n'a encore jamais parlé de la rachianesthésie dorsale supérieure, dit M. Polle, et pour cause, elle n'existait pas pratiquement. Depuis que Jonnesco a communiqué le résultat de ses recherches, la rachianesthésie dorsale supérieure a paru aussi simple à exécuter, aussi efficace, aussi inoffensive que la rachianesthésie dorsale inférieure. Elle est dès maintenant entrée dans la pratique et il est permis d'affirmer qu'elle rendra aux spécialistes des maladies de la face et du crâne des services considérables.

Les avantages de cette méthode sont importants : l'opéré ne redoute pas une anesthésie qui lui laisse toute sa conscience, il n'a pas à subir d'intoxication profonde de tout son organisme, le shock opératoire n'existe plus, l'opéré peut s'alimenter et se rétablir rapidement. L'opéré se trouve en état de résolution musculaire parfaite.

Modus faciendi (pour adultes) : Dans un centimètre cube d'eau, non distillée mais stérilisée verser un demi-milligramme de sulfate neutre de strychnine puis ajouter trois centigrammes de stovaïne. D'autre part préparer aseptiquement une aiguille de platine pour ponction lombaire et ponctionner le canal médullaire entre la première et la deuxième vertèbres dorsales. Ne laisser écouler que quelques gouttes de liquide et injecter la solution. L'injection doit être faite sur le sujet assis, le cou fortement plié, le menton sur le sternum. L'injection faite étendre doucement le sujet dans la position horizontale et attendre trois minutes. Puis replacer le sujet dans la position assise et attendre cinq minutes. Cette opération ne peut être faite dans le cabinet d'un dentiste car opéré doit en effet rester au moins 24 heures au lit.

(*Le Laboratoire*, 14 nov. 1909.)

Les fistules du sinus maxillaire.

Parmi les complications qui peuvent survenir au cours ou à la suite des affections du sinus maxillaire, il en est une variété qui devrait attirer d'une façon toute spéciale, l'attention du praticien, tant au point de vue de sa rareté que des erreurs du diagnostic auxquelles elle peut donner lieu : ce sont les fistules internes ou externes du sinus maxillaire. C'est une question très intéressante car les erreurs

du diagnostic n'ont d'autre résultat que de nuire à l'esthétique du patient.

Les fistules du sinus peuvent s'ouvrir sur la joue ou à l'intérieur de la cavité buccale, elles sont donc externes ou cutanées, internes ou muqueuses. Ces deux variétés peuvent avoir les mêmes origines : abcès du sinus, plaies du sinus, fractures des parois du sinus, épanchement sanguin dans l'intérieur du sinus, présence de corps étrangers ou de parasites, nécrose du maxillaire.

Le plus souvent et cela se comprend puisque la plupart des sinusites sont d'origine dentaire elles s'ouvrent au niveau du bord alvéolaire. Elles peuvent aussi siéger sur la paroi antérieure du sinus ou au niveau de la voûte palatine. Elles peuvent occuper la joue ou la paupière inférieure quand elles sont externes. Ordinairement elles sont petites ; elles peuvent cependant présenter une grande largeur quand elles résultent d'une vaste perte de substance osseuse. Le plus souvent il n'y a qu'un orifice fistuleux, on peut cependant en observer plusieurs. L'orifice peut être soit à fleur de peau, soit supporté par un petit mamelon charnu.

Les fistules du sinus livrent passage tantôt à un pus fétide, tantôt à un mucus clair visqueux, de couleur jaunâtre. A leur pourtour on voit souvent au bout d'un certain temps se développer des fongosités bourgeonnantes, saignant facilement. Quelquefois les malades accusent le passage de l'air par la fistule.

Le diagnostic est à faire avec les fistules d'origine dentaire, les fistules par carie ou nécrose du maxillaire, les fistules actinomycosiques, les fistules d'adénites.

L'auteur termine son exposé par la description de quelques procédés d'investigation et par l'exposition du traitement, variable avec les différents cas et liée en tous cas au traitement des sinusites.

(PRUDHOMME, A. F. A. S., Lille 1909.)

Emploi de la stovaïne.

Par voie gastro-intestinale. — Les doses de stovaïne usitées varient de 0 gr. 01 à 0 gr. 20 pour 24 heures en pilules, cachets, potion, mais ceci n'est pas un maximum ; la toxicité de la stovaïne étant extrêmement faible, si besoin est on pourra employer des doses plus fortes.

Par voie externe. — Les badigeonnages du nez, de la bouche, de la gorge se font avec des solutions dont la concentration varie de 5 à 30 0/0.

Par voie hypodermique. — Suivant l'importance de l'opération, la quantité d'anesthésique à injecter pourra varier de 0 gr. 01 à 0 gr. 30.

Pour l'anesthésie locale, il est important que la solution injectée soit à un titre faible 1 0/0, 0 gr. 75 0/0, 0 gr. 50 0/0.

Par voie intra-rachidienne. — Les doses communément employées varient de 0 gr. 05 à 0 gr. 08.

Incompatibilités. — La stovaïne précipite par tous les réactifs des alcaloïdes. L'association de ce médicament avec le bichlorure de mercure, le biiodure, l'iode iodurée est donc contre indiquée. L'association avec les alcalins est également à éviter, la base de ce médicament

étant déplacée par des traces faibles d'alcali. A ce sujet une remarque s'impose c'est que lorsque l'on se sera servi d'eau boratée pour stériliser la seringue à injections il sera nécessaire de la laver plusieurs fois à l'eau distillée bouillie avant de s'en servir. Il est essentiel également que les ampoules destinées à la conservation de la stovaïne soient en verre dur inattaquable par les solutions alcalines à l'autoclave.

(*Médecin Praticien*, 12 octobre 1909.)

Hématome provoqué par une injection anesthésique locale chez un hémophile.

M. Shæfer soignait, à la fin de mars, un de ses amis âgé de 30 ans, pour une carie non pénétrante de la face distale de la deuxième prémolaire inférieure droite. Ne pouvant préparer la cavité à cause d'une hyperesthésie de la dentine, il fit une injection sous-muqueuse au niveau de l'apex dans le sillon vestibulaire employant un comprimé de cinq centigrammes de novocaïne-adrénaline. Trois quarts d'heure environ après l'opération, le malade partit sans qu'on ait constaté quoi que ce soit.

Le lendemain, 16 heures après l'intervention, le malade revenait, se plaignant de souffrir au niveau de sa dent et d'un léger gonflement de la région. La dent n'était pas douloureuse à la percussion, ni mobile ; sachant son ami hémophile, M. Shæfer fit le diagnostic d'hématome. Il prescrivit une potion avec 4 grammes de chlorure de calcium.

Le soir l'épanchement avait augmenté ; la parole était gênée, l'occlusion complète nécessitait un effort, le plancher buccal côté droit était soulevé, tuméfié. Le sillon jugo-gingival effacé, la muqueuse jugale tuméfiée. Extérieurement, tuméfaction très nette, péri-maxillaire.

Le lendemain matin, la tuméfaction avait encore augmenté, on avait l'impression que l'hémorragie pouvait devenir sérieuse. La gencive était œdematiée et on pouvait craindre de voir céder la muqueuse ; une ecchymose apparaissait. Le gonflement extérieur avait aussi augmenté, le malade était fatigué, souffrait, mais pas de température.

Le Dr P. E. Weill voulut bien voir le malade et lui injecta immédiatement dans la veine au pli du coude, 20 cc. de sérum frais de cheval. Le lendemain matin, c'est-à-dire le troisième jour, la tuméfaction était moins tendue, le gonflement diminuait, une vaste ecchymose apparaissait sur le cou, la joue, la paupière, la muqueuse buccale.

Le danger d'hémorragie était écarté, et le malade ne fit pas d'accidents de suppuration ; la résorption se fit normalement en trois semaines.

Le malade est un hémophile familial qui a déjà fait des hémorragies. Pourquoi ai-je fait cette injection, dit M. Shæfer. C'est parce que à ce moment il ne semblait pas en état hémorragipare, et que depuis plusieurs semaines on lui faisait des piqûres intramusculaires de cacodylate, de morphine, de stovaïne. La production de cet accident doit avoir pour cause l'association de l'adrénaline à la novocaïne. Le succès des injections de sérums sanguins frais doit attirer l'attention sur ce produit.

(*Revue de stomatologie*, octobre 1909.)

L'acide sulfurique dans la pulpectomie.

M. Kern se sert depuis plusieurs mois avec succès, de l'acide sulfurique dans la pulpectomie immédiate. Le procédé est très simple et très avantageux pour toutes les dents uniradiculaires et pour les biradiculaires supérieures, mais présente quelques difficultés pour les grosses molaires, surtout si la carie est postérieure :

1° Dents uniradiculaires et biradiculaires supérieures : Prendre les précautions d'isolement nécessaires, puis sur une sonde en cuivre entourée de coton, porter l'acide sulfurique en contact avec la pulpe et doucement pousser la sonde vers le canal. Au moment de la première application, le malade accuse une légère réaction, ensuite on peut enfoncer sans aucune douleur.

2° Grosses molaires : La pulpe étant découverte, porter sur une toute petite boulette de coton l'acide au contact de la pulpe et laisser quelques secondes, une minute même ; faire la pulpectomie coronaire et procéder ensuite pour chaque canal comme pour une dent uniradiculaire.

Si l'on veut avoir les succès, il ne faut pas avoir peur d'employer l'acide. Pour M. Kern il est utile d'employer une mèche largement imprégnée.

L'auteur rapporte quelques observations concluantes.

(*Rev. gén. de l'Art dentaire,* sept. 1909.)

Le profiloscope.

Tous ceux qui se sont occupés de redressements et en particulier de ces cas où l'ensemble des mâchoires est à modifier ont regretté plus d'une fois de n'avoir pas un moyen simple et précis de prendre la silhouette du sujet à une échelle de réduction déterminée, afin d'étudier et de comparer, chiffres en mains, le résultat de traitement avec l'état antérieur anormal. Des appareils de dessin ont été préconisés par de nombreux inventeurs. Le premier en date, construit par Sauvage au milieu du siècle dernier, fut appelé profilomètre ; il a été imité récemment sous le nom de profilographe. De même le céphalomètre de Antelme, le diagraphe de Gavard simplifié et perfectionné par Broca sous le nom de stéréographe sont autant d'appareils précis de dessins directs. Ces appareils excellents lorsqu'il s'agit de dessiner ou de profiler des corps durs, donnent lieu à des erreurs quand on s'adresse aux sujets vivants, surtout au niveau de la région qui nous intéresse : nez, lèvres, menton. L'auteur a alors songé à la photographie mais rien n'est plus infidèle ni moins scientifique que la photographie ordinaire ; la dimension, le fond, l'éclairage, l'expression de la physionomie sont toujours plus ou moins différents, enfin reproche capital, l'échelle de réduction n'est jamais déterminée ; pour remédier à tout cela, l'auteur a songé à photographier l'ombre projetée et a construit un appareil spécial dit profiloscope. Cet appareil réunit les conditions nécessaires pour obtenir une bonne projection ; à savoir, paraléllisme entre le plan du sujet projeté et celui de l'écran ; source

lumineuse puissante. Théoriquement réduite à un point, pratiquement aussi petite que possible, placée sur un axe perpendiculaire et central au plan du sujet à projeter ; enfin pour éviter la pénombre, sujet très près de l'écran et lumière très loin.

Cet appareil très ingénieux, précis et scientifique peut rendre de réels services.

(Bozo, *Rev. de Stomat.*, oct. 1909.)

Les stomatites mercurielles frustes.

Les stomatites localisées aiguës, dit M. Milian, sont les plus fréquentes en même temps que les plus importantes des stomatites mercurielles, car elles sont déjà l'indice du début de l'invasion des gencives par le processus toxi-infectieux.

Que le traitement mercuriel continue encore quelques jours, que la mâchoire ne soit pas l'objet de soins minutieux et assidus et rapidement la stomatite s'étendra.

Ces stomatites localisées se produisent dans des régions d'élection mais il est difficile d'expliquer pourquoi elles s'y produisent plutôt qu'ailleurs, sauf pour ce qui est des dents cariées ou chicots où il existe un foyer microbien dont le mercure qui s'élimine à leur niveau exalte la virulence en même temps qu'il altère les tissus.

Par ordre de fréquence ces lésions sont :

1° *La gingivite périphérique* appelée ainsi parce qu'elle siège autour de tous les points infectés de la gencive. S'étend généralement assez vite aux dents voisines et de là à toute la bouche.

2° *Le décollement rétromolaire :* Lésion très commune, caractéristique, siégeant autour de la dernière grosse molaire. Regardée souvent comme accidents de la dent de sagesse.

3° *La gingivite médiane inférieure* qui siège au niveau des incisives inférieures. Les gencives sont œdématiées, douloureuses, parfois ulcérées. Souvent c'est en arrière des incisives médianes supérieures que siègent ces lésions.

4° *Stomatite génienne :* A la face interne des joues, au niveau des dernières molaires à la hauteur de l'espace interdentaire existent une ou deux ulcérations peu profondes, jaunâtres, irrégulières, à formes triangulaires, douloureuses.

5° *Glossite mercurielle :* A l'état saburral s'ajoutent souvent des ulcérations allongées du bord de la langue.

D'autres fois, les ulcérations ont l'aspect de dépressions reproduisant le moule des dents correspondantes, dépressions recouvertes d'un enduit blanc jaunâtre. Les dents ont laissé leur impression et ulcéré la langue hypertrophiée par l'œdème.

6° *Déchaussement et ébranlement des dents* par gingivite suppurée.

7° *Stomatite du voile* à localisation précise, sur la partie latérale au-dessus et en dehors de la luette ; ulcération quadrilatère, irrégulière, à fond diphtéroïde, à contours enflammés.

(*Le Progrès médical*, 9 octobre 1909.)

P. V.

NOTES PRATIQUES

Sous cette rubrique nous publions sans aucune critique, à titre de simple renseignement, les notes et procédés divers qui nous sont communiqués par nos correspondants ou que nous glanons dans la littérature professionnelle.

Extirpation de la pulpe. — Pour l'extirpation de la pulpe dentaire j'obtiens des résultats excellents avec la formule suivante :

Chlorhydrate de cocaïne... } p. é.
Novocaïne............... }
Acide phénique, q. s. pour former une pâte crémeuse.

On fait cette préparation extemporanément et on l'applique sur la pulpe en faisant de la compression avec le caoutchouc ; l'anesthésie complète de la pulpe et des filets radiculaires est obtenue au bout de deux ou trois minutes sans que j'aie jamais observé aucune complication consécutivement à cette anesthésie. J. C. CAIXETO (Mococa, Brésil).

Calmant de la douleur post-opératoire. — On peut calmer la douleur après l'extraction en enfonçant dans l'alvéole un tampon de coton saturé de lysol tiède. Cela est surtout recommandé en cas de périodontite. *(Berlin. Zahn. Halbm.)*

Hémorrhagie après l'extraction. — On peut arrêter une hémorrhagie violente après extraction en introduisant un tampon de gaze saturé de térébenthine qu'on recouvre de composé à modeler frais. *(Berlin. Zahn. Halbm.)*

Le magnalium en dentisterie. — Le magnalium est un métal meilleur que l'aluminium pour les raisons suivantes : 1° il est plus fort. Une plaque de magnalium n° 20 de la jauge a une force de tension de 15.000 kilos environ par 25 millimètres carrés. Par conséquent une plaque de magnalium d'un numéro inférieur aurait une force égale à une plaque d'aluminium beaucoup plus épaisse. Le magnalium recuit est bon conducteur. Il y a une soudure de magnalium qui peut être employée par tout ouvrier après un peu de pratique. Le magnalium résiste à l'oxydation mieux que l'aluminium et est presque insensible à l'humidité, à l'eau, à l'ammoniaque gazeux, à l'acide carbonique, au sulfure d'hydrogène et à beaucoup d'acides organiques. Il est affecté légèrement par le salpêtre ou l'acide sulfurique. Sa conductibilité thermique est plus grande que celle de l'aluminium. *(Dental Scrapbook.)*

Renforcement d'une plaque-base avant l'essai. — Revêtir la surface de la cire de plusieurs épaisseurs de vernis Shellac et laisser sécher complètement. *(Dental Review.)*

Dissolvant de la cocaïne. — Pour l'anesthésie pulpaire employer une solution à 10 o/o de menthol comme dissolvant de la cocaïne. C'est le meilleur dissolvant de celle-ci. *(Dental Review.)*

Remplacement des faces de porcelaine sans enlèvement du pont ou de la couronne. — Forer des trous dans l'arrière en or pour les crampons de la nouvelle face, rabattre les bords de ces trous sur les deux côtés, couper les crampons légèrement plus longs que l'épaisseur de l'arrière, fendre les crampons de la nouvelle face avec une fine scie en ruban à moitié de la distance de cette épaisseur, la face est alors prête à être ajustée au moyen d'un peu d'alliage à prise moyenne. Mettre un peu de celui-ci autour des trous sur le côté de l'arrière près de la face, puis presser la face fortement en position, l'y maintenir jusqu'à achèvement de l'opération ; avec un instrument en forme de hachette, étendre fortement la fente des crampons, puis brunir l'alliage autour des crampons à la surface. Quand l'alliage a suffisamment durci, meuler la face linguale pour lui donner la forme originelle. *(Dominion Dental Journal.)*

Spatules en miniature. — Employer des épingles ordinaires, passer de 9 à 12 millimètres de la pointe entre les roues d'un laminoir. On leur donne diverses formes et diverses épaisseurs. Pour en faire une à bout arrondi, couper ou meuler la pointe. On s'en sert pour mettre une petite quantité de ciment juste où il faut quand on revêt les cavités et qu'on pose des inlays, pour placer de la pâte à dévitaliser, pour mettre du ciment dans les canaux pulpaires élargis quand on met des couronnes, dans ce cas il faut une spatule à pointe aiguë étroite. Pour les plaques d'or employer la solution à plaques de Caulk. Un tampon de coton enroulé autour de la lame d'une spatule plaquée d'or porte admirablement bien les médicaments à appliquer sur les gencives autour du collet. Les spatules plus rigides courbes à la forme voulue peuvent servir à façonner les bords d'obturations à l'amalgame fraîchement insérées. Au laboratoire, elles servent à mettre la pâte de borax quand on soude, à faire pénétrer la matière d'investissement aux points où cela est nécessaire, à enlever la cire qui glisse entre les dents quand on fait une plaque et pour bien d'autres usages. *(Dent. Summary.)*

Nouvel emploi des inlays de porcelaine. — Combiner la porcelaine avec l'inlay d'or coulé quand la masse d'or serait cachée en formant dans le modèle de cire une cavité embrassant la partie exposée, dans laquelle, une fois l'or coulé, on cuit une porcelaine à basse fusion ; on obtient ainsi quelque chose d'analogue à l'émail du joaillier. *(Dent. Rev.)*

RÉUNIONS ET CONGRÈS

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE BELGIQUE

Réunion des 4 et 5 décembre 1909 à Bruxelles.

L'Association générale des dentistes de Belgique avait installé, il y a quelques années, une clinique où quelques-uns de ses membres les plus dévoués venaient à tour de rôle donner des soins au public indigent. Cette utile création s'étant développée, l'Association vient de transférer cette clinique et son siège social dans un bâtiment plus vaste, où elle organise une école de prothèse dentaire qui va se trouver ainsi le premier germe de l'enseignement dentaire en Belgique; ce germe, nous l'espérons, se transformera bientôt en un bel arbre florissant qui récompensera nos excellents confrères belges de leur initiative.

Pour célébrer l'inauguration de son nouveau local, l'Association générale des dentistes de Belgique avait organisé le samedi 4 et le dimanche 5 décembre une réunion professionnelle qui a eu le plus grand succès. Elle nous avait convié à cette réunion, ainsi que notre collègue et ami Georges Villain, et nous avons eu tous deux le plaisir de passer parmi nos excellents confrères belges une journée des plus agréables et des plus intéressantes.

Le samedi soir à 8 heures la réunion débuta par une adresse de bienvenue de notre bon ami M. Ed. Quarterman, président de l'Association, qui salua tous les invités qui, en si grand nombre avaient répondu à l'appel de l'Association. M. Delviesmaison, au nom de la Fédération nationale belge, félicita l'Association, qui est la plus ancienne Société professionnelle de la Belgique, de l'œuvre qu'elle avait accompli.

M. Roy, au nom de M. Villain et au sien, remercia l'Association de son aimable invitation. Il rappela qu'il y a dix ans il était venu pour la première fois en Belgique, appelé par cette même société, et qu'il était heureux chaque fois qu'une occasion lui était donnée de se retrouver parmi les bons amis qu'il avait dans ce pays. Il rappela que dans la conférence qu'il fit lors de sa première visite à l'Association il avait retracé l'évolution de l'art dentaire en France, montrant par cet exemple ce que la Belgique pouvait faire pour son émancipation professionnelle; il était heureux de constater aujourd'hui un premier pas dans la voie qu'il avait indiquée et il espérait que, ce premier pas franchi (on dit que c'est celui qui coûte le plus), l'organisation de

l'enseignement professionnel marcherait à pas de géant et que, dans cette œuvre, l'Association générale des dentistes de Belgique pouvait toujours compter sur son concours et celui de l'Ecole dentaire de Paris, dont il était heureux d'adresser le cordial salut à l'Association.

M. Vanderlinden, de Bruxelles, fit ensuite une communication sur *Les médicaments employés en art dentaire* dans laquelle il étudia les propriétés des principaux médicaments employés en art dentaire, leurs doses, leur toxicité, leurs antidotes, etc.

M. Roy, de Paris, présenta trois observations d'*Une forme particulière de nécrose des maxillaires : la nécrose en masse*, qui est caractérisée par la rapidité de sa production et par l'étendue des portions osseuses atteintes. (Nous publierons prochainement cette communication.)

M. Delviesmaison, de Bruxelles, présenta un beau cas de *Nécrose phosphorée* ayant nécessité l'hémirésection du maxillaire inférieur.

M. Georges Villain, de Paris, fit une intéressante communication sur *La prothèse moderne et son enseignement* où, en s'accompagnant de projections, il montra les conceptions modernes de la prothèse, en se plaçant surtout au point de vue esthétique, et indiqua la façon dont, en s'inspirant de ces principes, la prothèse était enseignée à l'Ecole dentaire de Paris.

Après cette séance de communications, l'assistance fut invitée à visiter les nouveaux locaux de l'Association qui comprennent deux étages : au rez-de-chaussée une belle salle de réunion et deux autres pièces occupées par la *Société coopérative des dentistes de Belgique*, société filiale de l'Association ; au premier se trouvent une grande salle de dentisterie opératoire très bien éclairée, une salle de clinique, une salle d'attente pour les malades et un laboratoire de prothèse.

Chacun admira l'installation de ces diverses salles et félicita vivement les organisateurs. Ceux-ci avaient préparé un raout pour leurs invités, un buffet était installé dans la salle de dentisterie et on but à la postérité de l'Association et à l'avenir de l'école qu'elle organise.

Le lendemain matin, dimanche, à 9 heures, eurent lieu des démonstrations pratiques dans la salle de dentisterie opératoire.

M. Delviesmaison présenta une série de nouveaux daviers construits en vue de l'anesthésie et dont il montra l'application.

M. Quarterman, de Bruxelles, fit une démonstration de coulage des métaux sous l'air comprimé.

M. A. Rubbrecht, de Bruxelles, présenta des cas d'orthodontie et montra l'application des appareils d'Angle.

M. Rosenthal, de Bruxelles, fit une démonstration de l'emploi de la matrice en connection avec les obturations en amalgame. Il fait une bague avec du maillechort mince autour de la dent et ne l'enlève qu'un ou plusieurs jours après l'obturation.

M. Georges Villain, de Paris, présenta les travaux de prothèse exécutés par les élèves au laboratoire de l'Ecole dentaire de Paris suivant la méthode qu'il avait indiquée la veille.

M. Maurice Roy, de Paris, fit une démonstration de son procédé de curettage alvéolo-radiculaire dans les abcès alvéolaires chroniques.

La maison Ash fit une démonstration de travaux en or coulé par la presse Solbrig-Platschick, ainsi que des travaux en porcelaine au moyen du four à pyromètre de Platschick.

Un grand nombre de confrères assistèrent à ces démonstrations qui furent toutes suivies avec un grand intérêt. Après la séance, un de ces repas plantureux, comme on sait en organiser en Belgique, réunissait les membres de l'Association, repas au cours duquel ne cessèrent de régner la gaîté et la plus grande cordialité.

Au dessert, le président, M. Quarterman, adressa au nom de l'Association ses remerciements à tous ceux qui avaient contribué au succès de cette réunion et chargea MM. Roy et Villain en particulier de transmettre un bien cordial salut à l'Ecole dentaire de Paris et à son dévoué directeur.

M. Roy remercia les confrères belges de leur chaleureux accueil et, prenant texte du menu illustré où figuraient des soldats français, il rappela que, de même que ceux-ci étaient venus autrefois aider les Belges à conquérir leur indépendance nationale, les dentistes français seraient toujours heureux d'aider les dentistes belges à conquérir leur indépendance professionnelle.

M. Baruch, ancien président de l'Association, M. Cerf, délégué du cercle de Liège, le délégué de la Société odontologique d'Anvers, M. Georges Villain et divers autres membres vinrent successivement féliciter l'Association du succès de sa réunion.

C'est en effet un brillant succès à l'actif de l'Association générale des dentistes de Belgique et nous sommes heureux de l'en féliciter et de remercier nos confrères belges et en particulier notre ami Quarterman de la façon cordiale dont nous avons été reçus pendant les trop courts instants que nous avons passés parmi eux.

M. R.

Ve CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL

L'abondance des matières nous oblige à ajourner au prochain numéro la suite des articles de M. G. Villain.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

UN TECHNICIEN DE GÉNIE

Le docteur Claude Martin, de Lyon.

A M. le docteur Destot.

Nous avons beau protester, à tort et à travers peut-être, contre l'oppression de l'Etat en matière de grades et de maîtrise, nous sommes si bien pliés aux consécrations officielles, que nous nous représentons mal un vrai maître qui n'aurait point passé par les filières usuelles et dont des jurys successifs n'auraient pas calibré le génie. Encore moins pouvons-nous imaginer un homme parti de la condition d'artisan et promu à celle d'artiste par le seul effort d'une volonté toujours tendue. J'avoue, en effet, que l'aventure n'est pas ordinaire, et c'est pourquoi j'ai voulu vous la conter en retraçant la vie de notre bon et vaillant confrère, M. Claude Martin, de Lyon, le prothésiste de génie, universellement connu, unique au monde peut-être, et qui est une des gloires de l'Ecole lyonnaise.

Oh ! je ne me dissimule pas les difficultés de ma tâche. Ce praticien modeste est inactuel ; il vit loin du bruit. Toute son existence s'est passée, comme en une cellule, entre les quatre murs de son laboratoire. Je ne saurais l'offrir aux petits comme une victime de l'indifférence des grands, car il est membre de l'Académie de médecine. Il n'est pas davantage le type fait pour complaire à l'arriviste moderne, car il ne sut jamais attacher des ailes à la Fortune, ayant tout attendu et du Temps et de son travail et de sa valeur. Touchés par la grâce de ses mains agiles, les plus grands chirurgiens, les Ollier, les Letiévant, les Verneuil, pour ne parler que des morts, se sont faits ses collaborateurs. Je n'ai donc à réparer à son endroit aucune injustice. Enfin, en un temps où le vide des idées se masque trop souvent sous la pourpre flottante des théories, celui-ci n'a fait que de l'action, piètre condition pour plaire aux foules endormies.

J'ai pensé cependant vous intéresser au récit de cette vie, droite comme une belle avenue, et si remplie à lutter contre la Nature hostile. Si je ne suis pas une fois de plus au-dessous de ma tâche, j'espère même ainsi vous faire aimer davantage notre art, vous en faire plus encore apprécier la noblesse. Je compte aussi vous prouver que l'homme de réelle valeur, d'où qu'il vienne, arrive toujours à se placer aux premiers rangs pourvu qu'il ait les mains pleines de vérités ; et ceci servira de réconfort à ceux qui désespèrent.

*
* *

M. Claude Martin, « le père Martin », comme l'appellent ses confrères de Lyon, est né à Saint-Etienne en 1843 ; il a donc aujourd'hui 66 ans. Avec sa tête blanche légèrement penchée, ses bons yeux narquois, sa grande moustache romantique, il évoque en moi l'image de ces tisseurs gallo-romains joyeux et fins, ingénieux et habiles, dont l'industrie étonna longtemps les citoyens de la Ville, qui avant la conquête des Gaules tiraient de l'Orient toutes leurs riches étoffes.

Quel que soit le degré de leur trempe et de leur volonté, les hommes sont tous assujettis au milieu où ils vivent. C'est dans leur milieu qu'il faut les replacer si l'on veut démonter utilement les ressorts qui les poussèrent à l'action. A Saint-Etienne, où est né notre confrère, les rudes industries du feu se mêlent depuis des siècles à l'art des rubans et des fanfreluches. Là, comme on eût dit jadis, les travaux de Mars et des Cyclopes le disputent aux tissus arachnéens de Vénus ; là flamboient les hauts-fourneaux, grondent les machines, en même temps que battent les métiers et glissent en sifflant les navettes. Dans cette vallée du Furens, tout embrumée de la poussière des mines, les rubaniers, « les ribandiers », selon l'expression de nos pères, se divisent en deux catégories : ceux qui peinent à l'usine pour fabriquer l'article commun et toujours le même, et les façonniers, manières de patrons en chambre, qui disposent de quelques métiers. Ceux-là, véritables artistes, tissent le ruban de luxe soumis à tous les caprices de la mode, et dont le modèle peut changer d'une saison à l'autre.

Le père de notre praticien possédait à Saint-Etienne deux ou trois métiers. Pour réussir les chefs-d'œuvre délicats aux soies changeantes dont se parent nos compagnes, un esprit ingénieux, un goût sûr, des doigts agiles sont indispensables. Dans cet atelier familial, survivance de l'industrie d'autrefois, chacun a son rôle. Le ménage fait, la femme, aidée des enfants, réassortit les soies, prépare le travail par le dévidage, l'ourdissage et mille autres petites manœuvres accessoires du métier de tisserand. Ainsi, à chaque heure, l'œil, la main s'exercent et s'affinent : et ainsi se montre la vérité du précepte de Jean-Jacques sur la vertu éducative des métiers manuels. M. Claude Martin aime à raconter qu'il se plaisait, étant enfant, à rabouter les fils de soie rompus et à travailler de ses mains. Doux et docile, mais curieux, il voulait se rendre compte des mécanismes. Pas de joie plus grande pour lui que de démonter les métiers de son père et de voir comment ils étaient faits. Tandis qu'à l'usine le cerveau, trop souvent embrumé d'alcool, reste vide et sans pensée, il y a place pour le rêve dans l'atelier de famille.

Le père de notre praticien, qui avait vu son industrie transformée par la science, n'avait qu'une idée, faire instruire les siens. A deux ans, le petit Claude Martin était porté à l'école ; il y resta jusqu'à dix ans et demi. A cinq ans, il savait lire et écrire, fait assez rare à l'époque. Puis son évolution mentale sembla s'arrêter, et l'enfant ne rêva plus que métiers, comme si toute son intelligence s'était reportée dans ses mains. On l'avait mis en apprentissage chez un bon patron qui l'eût souhaité plus instruit. Mais il fallait, pour obtenir de lui une page d'écriture, l'attacher aux barreaux de la chaise si l'on ne voulait que le petit oiseau prît son vole.

Pour moi, vous le savez, un homme n'est jamais complet s'il n'est d'abord fils de la femme. C'est elle qui donne la sensibilité qui nous permettra plus tard de vibrer à une grande idée, de poursuivre une noble tâche. La mère de notre confrère, sans l'aimer plus que les trois autres enfants, avait évidemment un faible pour lui. Elle disparue, l'enfant, trop tôt sevré peut-être de caresses encourageantes, se plut moins sous le toit paternel. Un beau jour il partit pour Lyon, où nous le retrouvons comme dessinateur chez un grand passementier. Mais les industries de luxe, soumises aux fluctuations de la mode, traversent souvent des crises. La besogne étant venue à manquer, son nouveau patron dut le congédier. Longtemps, notre jeune homme chercha une place qui ne venait pas, longtemps il connut les stations dans les bureaux, et les refus brefs qui coupent bras et jambes : heures sombres des débuts qui semblent le lot de tous les hommes marqués par le Destin, et d'où l'âme sort trempée pour jamais.

Alors, de guerre lasse, il entra comme ouvrier chez un dentiste. Tout d'abord, ce sont les menues besognes domestiques à remplir ; puis, peu à peu, le praticien s'intéresse à cet aide adroit. Et le voilà ancré dans ce métier qu'il juge facile.

Il y aurait un tableau pittoresque à tracer de la profession de dentiste au milieu du XIXe siècle. Peu de pathologie, une prothèse rudimentaire. C'est de chez nous, vous le savez, qu'était partie l'idée du premier appareil obtenu sur moule ; mais vous savez aussi que la plupart de nos conceptions ont besoin de mûrir à l'étranger avant que nous ne les adoptions nous-mêmes. Et puis, soyons francs, nos grand'mères, loin de souffrir d'une bouche édentée, avaient de fortes préventions contre les râteliers. Disons le mot, ils étaient « mal portés » ; et, au point de vue dentaire, nos provinces s'obstinaient à tout ignorer en dehors de la brutale clé de Garengeot.

Ce premier maître eut donc tôt fait d'apprendre à son élève tout ce qu'il savait ; il l'envoya à Paris, chez son frère, où il entra comme opérateur. Là, nous le voyons s'élever insensiblement : ce sont des appareils qu'il imagine, des dents qu'il redresse, des instruments qu'il perfectionne.

Mais l'Exposition de 1867 venait de s'ouvrir. Un jour, dans la vitrine de Préterre, qui fut le premier en Europe à faire de la grande prothèse, il découvre des appareils inconnus dont il se fait expliquer le mécanisme ; et le voilà dès lors aiguillé dans sa voie. Toutes ses économies passent à l'achat des journaux et des livres de dentisterie, qui lui permettront de se hausser de la pratique modeste aux théories compliquées. Parmi ses clients, il compte quelques étudiants en médecine ; guidé par eux, il emploie ses heures de sortie à errer dans les hôpitaux. Mais on l'accueillait plutôt mal, cet employé dentiste. Or, s'il était timide à l'excès, il était également fier et un peu glorieux, comme le sont d'ailleurs tous ceux de notre race. Et ici je le laisse parler :

« J'avais fait la connaissance de quelques étudiants en médecine qui m'introduisirent facilement dans les salles d'opérations. Jusque-là tout allait bien. Mais lorsque je me hasardais à solliciter un renseignement, bien vite on devinait que j'étais un profane ; et quand on demandait à mon introducteur qui j'étais et qu'il répondait : Dentiste, le regard, le plissement du nez et des lèvres me faisaient comprendre tout de suite la déférence que l'on avait pour moi. J'étais un timide, et bien des fois j'avais juré qu'on ne m'y reprendrait plus. Cependant le désir de savoir l'emportait, et pour me soustraire à de pareilles vexations, je me mis à préparer mes études de médecine. Il y a longtemps de cela ; eh bien, je ne puis y songer aujourd'hui sans ressentir encore le malaise que j'éprouvais à ces heures pénibles de ma jeunesse. »

« Préparer sa médecine », cela nous paraît simple, à nous, mais quelle tâche pour le pauvre ouvrier obligé de tout apprendre seul et sans faillir aux exigences du métier qui le faisait vivre ! A Lyon, où il s'installa en 1873, l'effort se continue ; — il dura plus de 15 ans ! Là, comme les distances sont moins longues, la vie moins enfiévrée, notre apprenti médecin a un peu plus de loisirs. Son prédécesseur, dans le cabinet qu'il avait acheté, était en relations avec le professeur Ollier, auquel il le présenta. L'entrevue du Louis XIV de la Chirurgie et du d'Artagnan de la Dentisterie dut être assez favorable à ce dernier, puisque le Maître daigna lui confier sa première pièce de prothèse.

Il s'agissait de la restauration d'un nez. Les résultats ayant été bons, le patronage étant meilleur encore, peu à peu les chirurgiens lyonnais acceptent ses services et s'intéressent à ses travaux, gratuits d'ailleurs, ce dont il ne se plaignit jamais. Mais, par exemple, il ne manquait point de faire ses recommandations à ses clients pauvres : « Certains malades, dit-il dans sa thèse, passée à Lyon en 1893, hésitent à casser des noisettes ou des noix avec leurs appareils, étant retenus par la crainte de détériorer les pièces. Nous n'avons garde de les rendre

trop audacieux, car il s'agit d'indigents à qui nous fournissons gracieusement ces appareils souvent coûteux. »

Mais il n'avait pas seulement conquis les maîtres ; les praticiens de Lyon, eux aussi, avaient tenu à l'honorer en nommant ce simple officier de santé membre de la *Société des sciences médicales*. Ce fut là sa première joie officielle, si je peux dire. Désormais, l'artisan d'hier était classé. C'est dans les hôpitaux de Lyon, maintenant, que je vais vous le montrer, modelant des nez et des lèvres, faisant battre des paupières, imaginant ces mécaniques merveilleuses qui font de lui le Vaucanson de la médecine, et qui devaient consacrer sa renommée.

*
* *

Je dois souligner d'abord la caractéristique des méthodes de M. Martin, qui toutes visent non seulement à la restauration de la forme, mais encore et surtout à celle de la fonction. Egaler la nature, voilà son but et sa marque, voilà ce qui le fait créateur. Certes, il n'arrive pas d'emblée au résultat : notre esprit est bien trop compliqué pour saisir de prime saut la simplicité harmonieuse des lignes et des mécanismes en biologie. Ses premiers appareils sont toujours un peu lourds, compliqués ; puis de longues méditations, la nuit, dans son cabinet silencieux de bon sorcier où s'alignent autoclaves, fourneaux et moufles, lui font successivement toucher du doigt telle ou telle imperfection, ajouter ici, retrancher là, et bientôt le modèle est définitif « physiologique » : ainsi pour ses obturateurs, pour ses nez et tant d'autres pièces.

L'œuvre écrite de ce primaire qui s'est instruit tout seul est considérable. Je n'aurais qu'à y puiser pour vous résumer l'ensemble de ses méthodes et d'autant plus aisément que tous ses mémoires, sans viser à l'élégance, sont d'une rare facilité de lecture. Personne comme lui pour circonscrire le sujet, le diviser et le servir par tranches, chaque idée occupant son ordre de bataille. Mais je me garderai de tomber dans le travers moderne et de compiler ; je préfère de beaucoup vous résumer simplement ce que j'ai compris.

Trois sortes de prothèse, comme vous savez. J'élimine d'abord la prothèse incluse, non que M. Martin y soit resté étranger. Dans la vallée du Rhône, les microcoques paraissent avoir une virulence et des localisations spéciales, d'où peut-être les travaux persistants d'Ollier et des chirurgiens lyonnais sur le périoste, les grandes articulations et les os. M. Martin a donc imaginé plusieurs treillages en platine iridié, destinés à servir de soutien au périoste pour la régénération des os dans les cas d'ostéomyélite de l'enfance. Mais il n'y a là rien de bien particulier, et je passe.

La prothèse retardée est basée sur la tolérance des tissus à supporter un corps étranger. Il y a enfin la prothèse immédiate, créée de toutes

pièces par Martin, défendue par lui avec acharnement et autorité ; c'est elle qui me retiendra le plus.

Sa première restauration du nez, faite chez Ollier, date de 1874. Pour cet organe, ses inventions ne comptent plus. Ici, il se rattache aux maîtres de la Renaissance, à ce Gaspard Tagliacozzi, vulgarisateur de la rhinoplastie à l'italienne, dont la statue se voit encore, je crois, à Bologne, tenant dans sa dextre un superbe nez à la grecque. Il relève aussi de notre bon Ambroise Paré, à qui je le comparerais volontiers. N'ont-ils pas même origine ? ne sont-ils pas tous deux autodidactes ? Si le premier a l'esprit plus encyclopédique, ce qui est de son temps, en revanche, le second, dans son domaine, ne laisse presque rien à glaner derrière lui.

Comme de tous temps, l'absence de nez inspira horreur et répulsion, les anciens firent de la prothèse avec de simples masques. Ambroise Paré utilisait l'argent et le bois. Nez de bois, langues de bois, — j'allais dire gueules de bois, cela ne devait guère aller aux malades. J'ajoute, au surplus, que notre bon Ambroise ne paraît pas trop faire confiance à tous les appareils qu'il décrit, un peu de seconde main, semble-t-il.

M. Martin, lui, a trouvé le secret de ne point irriter la muqueuse pituitaire. Ses pièces pour fractures de nez sont toujours admirablement supportées. On a récemment, dans un grand journal illustré, vanté l'œuvre d'un rhinologiste allemand ; si l'auteur de l'article avait regardé autour de lui, il eût vu que presque toutes les méthodes du praticien étranger avaient déjà été décrites par un Français, M. Martin.

Donc, il redresse les nez aplatis, tordus, écrasés, et pour ses pièces la pituitaire est d'une inaltérable mansuétude. Il fait aussi des appareils en platine, comme soutiens des lambeaux dans la restauration complète. Mais son triomphe, c'est le nez en porcelaine. Il moule d'abord le visage du patient, recherche chez les proches le sens de la physionomie, modèle avec de la glaise un nez « qui aille bien » ; puis il fait une charpente de platine qui soutiendra la porcelaine. Sa céramique est si admirable, il approche de si près la réalité qu'on s'y trompe. Certain jour, à l'Hôtel-Dieu, Verneuil, parlant des méthodes de Martin, terminait sa clinique par ces mots : « Vous ne vous doutez pas, Messieurs, que parmi vous est un assistant porteur d'un nez en céramique. Il est là depuis une heure et son nez imite si bien la nature que personne ne s'est encore aperçu qu'il est artificiel. C'est là, Messieurs le plus bel éloge que je puisse faire des méthodes de M. Martin, et c'est là ma conclusion. »

Si, du nez, on passe à l'oreille, à la langue ou aux lèvres, même ingéniosité, mêmes résultats heureux et complexes, avec une simplicité de moyens qui éblouit. Sans doute, il sait mieux que personne marte-

ler l'or ou l'argent, repousser l'étain, mais pour lui aucun serviteur ne vaut le caoutchouc, incorruptible et léger, véritable maître Jacques de la Prothèse, dur, demi-dur, mou, épais ou mince suivant les besoins. Dans les vieilles cicatrices, rétrécissements œsophagiens, sténoses du pharynx, utilisez sa force élastique, douce et constante, et vous verrez céder les brides les plus rebelles. Les appareils obturateurs de la voûte et du voile ne sont pas moins prestigieux. Ici, il fit d'abord volumineux ; maintenant, ses pièces sont minuscules et répondent à toutes les nécessités physiologiques. Dures pour remplacer le squelette, minces et souples s'il faut suppléer à un lambeau de muqueuse, elles restituent les fonctions presque *ad integrum.*

Mais que dire du larynx artificiel, présenté l'autre année à l'Académie, qui laisse si loin en arrière les appareils de Gussenbauer, von Bruns, Julius Wolff, Labbé, et qui tient à la fois de la machine à parler, à respirer, et sert de conduit aux aliments ! Grâce à lui, on eut pour la première fois le spectacle impressionnant d'un homme privé de larynx et qui parlait, mangeait, buvait, fumait le plus aisément du monde, alors qu'avec les autres systèmes il fallait obturer la canule de la trachée au moment des repas. Ce résultat merveilleux, notre prothésiste l'avait obtenu en introduisant aussitôt après l'opération, dans la cavité cruentée, un moule de caoutchouc destiné à prévenir la sténose cicatricielle. Et ceci me conduit à parler de la prothèse immédiate, employée surtout dans les résections des maxillaires.

Ici, notre confrère ne dut pas seulement lutter contre la nature, il lui fallut encore vaincre les hésitations des chirurgiens, les habituer à cette idée qu'on peut, sans danger d'infection, placer un squelette de caoutchouc dans des tissus saignants. Supposons une opération complète pour cancer. Tout est parti, maxillaire inférieur, langue, ganglions. On ne voit plus à la place qu'un vaste trou béant, au fond duquel apparaissent larynx et œsophage, latéralement bordés par les paquets vasculo-nerveux du cou. Par les procédés ordinaires, pareille intervention serait impossible, car la peau des lambeaux, en se cicatrisant, ne permettrait plus ni la mastication, ni la déglutition, ni la phonation.

M. Martin arrive avec un maxillaire en caoutchouc qui paraît énorme, il l'introduit dans ce sac béant, le fixe au moyen d'attelles et de vis ; et alors les tissus s'appliquent sur ce squelette artificiel, se modèlent et se cicatrisent en conservant leurs rapports. Bientôt, ce premier appareil, destiné à conserver la forme, est remplacé par un autre. Enfin, quand le processus cicatriciel est terminé, on met un dentier, tout simplement. Et il est bien toléré, et il ne tire pas, il y a de la peau, et l'on ne constate pas la déformation. Si on l'enlève, on voit une chose dégoûtante, une grande poche sans squelette, mouvante, agitée de soubresauts, mais tout cela souple et étoffé. En re-

plaçant le dentier, on se demande s'il va passer, tellement il semble volumineux ; et cependant il se case, et la figure, innommable tout à l'heure, redevient humaine : le menton fait saillie, se meut, l'homme parle, fume, ne bave plus. Un des malades, ainsi accoutré, se présenta au Conseil de revision ; il était, avec sa mâchoire postiche, si semblable aux autres conscrits, que les médecins le déclarèrent bon pour le service.

On n'a peut-être pas assez compris que cette prothèse immédiate était une méthode de modelage, qui fait partie du système général de lutte entreprise par M. Martin contre les cicatrices. Oh ! ce n'est pas de la brillante chirurgie, je le reconnais, c'est du rapetassage, du travail de longue haleine avec des résultats à longue échéance, et qui ne s'obtiennent qu'au prix d'une surveillance de tous les instants. Mais qu'importe, si le but est atteint ! Or, un malade vit ainsi depuis 21 ans, d'autres depuis 15 ans, 16 ans ; c'est tout de même quelque chose, cela !

*
* *

J'ai taxé au début notre confrère de technicien de génie ; n'êtes-vous pas un peu de mon avis, maintenant ? Quant à lui, il est bien l'homme de son œuvre. Distrait au delà des bornes, il est toujours à suivre quelque rêve. Et discret, et modeste ! Dans nos Congrès, il a toujours l'air de s'excuser d'avoir retenu l'attention. Doucement épicurien, s'il consolide, gratte et comble encore des molaires, c'est pour que l'air puisse vivre du métier. Entouré de la chaude affection des siens, de son admirable femme, de son fils, il partage son temps entre son petit Laboratoire, les hôpitaux et les sociétés professionnelles. Toute sa joie est de créer en copiant la Nature. Et tandis que nous restons, nous, jusqu'à la fin assoiffés de gloire et d'argent, l'ancien employé dentiste, devenu membre de l'Académie de médecine, se demande si le sort ne l'a pas trop gâté. L'effort réalisé lui paraît si naturel, le travail fait si bien partie de sa vie, qu'il s'étonne de le voir récompensé. Et c'est ici que M. Martin pourrait servir d'exemple à tant de contemporains qui estiment n'être jamais assez payés de leurs peines.

L'autre soir, dans une petite réunion familiale, quelques chirurgiens amis lui ont offert une charmante plaquette, due au grand talent de M. Nocq, et dont je vous donne ici l'envers. On a parfois abusé de ces manifestations ; mais comme celle-ci était à sa place ! Jamais on n'aura honoré un meilleur confrère, un homme plus droit, un inventeur plus modeste et plus génial.

F. HELME.

(*La Presse médicale*, 27 novembre 1909.)

NOUVELLES

Légion d'honneur.

Parmi les nominations de chevaliers de la Légion d'honneur du Ministère de la Guerre au titre civil nous voyons avec plaisir le nom de notre confrère M. Siffre, auquel nous adressons nos sincères félicitations.

Distinctions honorifiques.

Nous relevons dans le *Journal officiel* les distinctions honorifiques suivantes conférées par le Ministre de l'Instruction publique :

1° Ecole dentaire de Paris.

Officiers de l'Instruction publique.

M. Billet, professeur à l'Ecole dentaire de Paris.
M. Choquet, — —
M. Delair, — —

Officiers d'Académie.

M. Masson, professeur suppléant à l'Ecole dentaire de Paris.
M. Eudlitz, démonstrateur à l'Ecole dentaire de Paris.

2° Association générale des dentistes de France.

Officiers de l'Instruction publique.

MM. Moutin (Boulogne-sur-Seine), Pottier (Paris).

Officiers d'Académie.

MM. Bohl (Castres).
B. de Névrezé (Paris).
Mlle Denéchaud (Paris).
M. Jolibois (Belfort).
MM. Knodler (Paris).
Poiret (Asnières).
Rouvier (Lyon).

3° Membres de la profession.

Officiers de l'Instruction publique.

MM. Bertrand (Paris).
Bouchard (Paris).
Du Chateau (Paris).
MM. Guérard (Gaston) (Paris).
Sauvain (Paris).
Dr Wason (Montpellier).

Officiers d'Académie.

MM. Aubry (Lyon).
Cabridens (Nice).
Croulay, professeur à l'Ecole dentaire de Lyon.
Douckier de Donceel (Paris).
Dufour (Avignon).
Fort (Paris).
Grimaud (La Rochelle).
Isnard (Levallois-Perret).

MM. Leconte (Paris).
Dr Michallon (Grenoble).
Mousis (Pau).
Dr Muret (Montluçon).
Pérouelle (Douai).
Priquet (Paris).
Richaume (Paris).
de Rojas (Châlons-sur-Marne).

Nous adressons nos vives félicitations à tous ces confrères.

Récompense.

Le Conseil d'administration de la « Prévoyance de la Préfecture de police » vient de décerner une médaille de bronze à notre confrère M. A. Marchand.

Mariages.

Nous apprenons le mariage de notre confrère M. Marc-Antoine Fanget, avec Mlle Fanny de Lomet, fille de M. Henry de Lomet, résident de 1re classe en Indo-Chine, célébré le 11 décembre, le mariage de notre confrère M. Frank Duncombe, avec Mlle Hélène Denola, célébré le 27 décembre et le mariage de notre confrère M. Georges Baudelot, de Paris, membre de l'A. G. D. F., avec Mme veuve Cécile Charpentier, célébré le 21 décembre.

Nous adressons nos vives félicitations aux nouveaux époux et à leurs familles.

A. G. D. F.

L'A. G. D.F. a nommé une délégation de 5 membres (MM. Francis Jean, Rollin, Monnin, Pont, Lalement (de Paris), pour la représenter au Congrès d'hygiène scolaire qui se tiendra à Paris en août prochain.

Société belge d'Odontologie.

La Société belge d'odontologie a renouvelé partiellement son Comité dans son assemblée générale du 11 décembre dernier.

Ont été élus :

Secrétaire,	MM.	A. Joachim.
Secrétaire-adjoint,		Charlier.
Trésorier,		Van Campenhoudt.

Les autres membres du Bureau n'étaient pas soumis à réélection et conservent leur mandat respectif.

Clinique dentaire scolaire.

La municipalité de Harbourg (Allemagne) a autorisé le 1er octobre dernier l'ouverture d'une clinique dentaire scolaire.

Chaque enfant versera annuellement, pour y être admis, 0 fr. 60 et pour certaines familles ce prix sera encore réduit.

Jubilé de l'Institut dentaire de Berlin.

L'Institut dentaire de l'Université de Berlin a fêté le 27 novembre dernier le 25e anniversaire de sa fondation, sous la présidence du professeur Dieck.

Les mauvaises dents.

D'une enquête faite par le médecin des écoles de la ville de Zurich il résulte que, sur 3352 enfants examinés, 45 seulement jouissaient d'une dentition absolument saine.

Institut dentaire à Tubingen.

Un Institut dentaire va être créé à l'Université de Tubingen (Allemagne). Le Dr H. Peckert, privat dozent de dentisterie à Heidelberg, a été nommé professeur titulaire et directeur de cet Institut.

Nouvelle clinique dentaire scolaire à Berlin.

La clinique dentaire scolaire de Berlin est devenue insuffisante pour donner des soins à tous les enfants qui s'y présentent. Il va en être créé une seconde.

Nouveau journal.

Nous apprenons la publication d'un nouveau journal hebdomadaire dentaire allemand. Il paraît tous les mardis et porte le nom d'*Odontologische Nachrichten.*

Dent de mammouth.

Une dent provenant d'un crâne de mammouth a été trouvée à Lowestot. Elle pèse 17 livres 3/4 et a un pourtour de 85 centimètres.

Service dentaire scolaire municipal.

Le service dentaire scolaire municipal de Colmar a été confié à une femme chirurgien-dentiste ; c'est la première fois que pareil fait se produit en Allemagne.

Clinique dentaire gratuite.

La Société odontologique de Genève, vu le chiffre élevé d'opérations qui a été atteint à la Policlinique dentaire gratuite qu'elle a organisée au Dispensaire des Médecins, est revenue sur sa décision de n'ouvrir la Policlinique que pendant les mois d'été. Le service en sera continué deux fois par semaine, le mardi et le vendredi, de 10 h. à midi, jusqu'au mois de juin de l'année prochaine.

Ajoutons que la Société odontologique a été aidée pour la création de cette œuvre par de généreux donateurs.

Institut dentaire de Heidelberg.

Le nouvel Institut dentaire de Heidelberg a été ouvert le 2 novembre ; il comprend un sous-sol, un rez-de-chaussée et deux étages.

Ecole supérieure dentaire de Bucharest.

L'inauguration de l'Ecole supérieure dentaire de Bucharest a eu lieu le 16 décembre dernier.

30e ANNÉE. N° 2 30 JANVIER 1910 VOL. XLIII

L'ODONTOLOGIE

L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

TRAVAUX ORIGINAUX

PRÉPARATION DES RACINES POUR LA RÉCEPTION DES DENTS A PIVOTS A BAGUE ET DES COURONNES

Par H. LANOS, D. E. D. P., D. D. S.
Démonstrateur à l'École dentaire de Paris.

(Conférence pédagogique de juin 1909.)

On ne saurait attacher trop d'importance à la préparation des dents et des racines destinées à recevoir une couronne.

On peut dire que toute la valeur du travail définitif dépend entièrement de la préparation de la dent. C'est l'opération la plus délicate, l'opération essentielle pour obtenir un résultat satisfaisant. Il vaut mieux voir une couronne imparfaitement polie, s'ajustant bien et articulant bien, qu'une couronne bien finie, posée sur une racine imparfaitement préparée.

Nous n'entreprendrons pas de décrire l'anatomie régionale du collet, ce sujet relevant de la chaire d'anatomie dentaire. Il faut seulement ne pas perdre de vue que nous nous trouvons en présence d'un ligament excessivement sensible et qui peut être le siège de lésions graves sous l'influence d'un agent irritateur, tel qu'une bague mal ajustée. Qu'il suffise de rappeler également que les prismes de l'émail dans une dent mal décortiquée peuvent céder à la moindre pression et rompre la continuité qui doit exister entre la bague et la dent.

Une bague mal ajustée peut entraîner une recrudescence de carie au collet ou sous la gencive, ou agir comme irri-

tant de la gencive et du ligament et provoquer les accidents tels que pyorrhée traumatique, infection par les détritus alimentaires retenus sous cette bague et rendre l'utilisation ultérieure de la dent impossible.

En résumé une bague doit pouvoir s'adapter sur une dent bien décortiquée aux conditions suivantes :

1° Sans causer de douleur, n'ayant seulement provoqué qu'un blanchiment passager de la gencive ;

2° Etre absolument d'aplomb, c'est-à-dire encercler la dent à sa base comme une pièce emboutie vient s'ajuster sur son mandrin, sans frottement dur et sans jeu ;

3° La portion sous-gingivale de la bande doit pénétrer également sous la gencive d'une longueur ne devant pas excéder trois quarts de millim., sauf dans certains cas spéciaux ;

4° La bague doit être façonnée de telle manière qu'elle reproduise à sa partie supérieure non seulement le prolongement sur la bande des cuspides de la face occlusale, mais surtout le rétablissement des points de contact avec les dents voisines.

Il ne sera fait exception à cette règle que pour les cas très rares où l'on fera des couronnes temporaires pour le redressement ou comme appareil de maintien temporaire pour pyorrhée et, suivant Claude Martin, dans les cas de couronnes pour molaires temporaires cariées prématurément.

Nous diviserons l'intervention en trois temps :

I. Intervention préopératoire ; II. Opération elle-même ; III. Intervention post-opératoire.

I. Comme mesure préopératoire nous comprendrons le nettoyage de la région sur laquelle on doit opérer, l'anesthésie s'il y a lieu, le débridement de la gencive et son refoulement.

II. Comme opération le décorticage proprement dit, le façonnage et la restauration de la racine s'il y a lieu.

III. Comme intervention post-opératoire nous comprendrons l'antisepsie de la gencive lésée pendant le stade précédent et le refoulement de la gencive soit quand il y a

destruction partielle de la couronne, soit pour empècher cette gencive de recouvrir la racine d'incisive, par exemple dans le cas où un certain laps de temps s'écoulerait entre le décorticage et l'ajustage de la bague.

Reprenons quelques points de ces différents temps :

Il faut s'assurer d'abord de l'état de propreté absolue, non seulement de la dent sur laquelle on devra opérer, mais des dents voisines. Tout le tartre et les calculs se trouvant sur la dent devront être enlevés avant d'opérer. La gencive sera également nettoyée à ce niveau au moyen d'une solution antiseptique quelconque non irritante et légèrement anesthésique, une solution très diluée de phénol par exemple. Si nous nous trouvons en présence d'un sujet présentant une extrême sensibilité de la gencive comme chez certains névropathes, il sera bon de badigeonner les téguments avec une solution de cocaïne très élevée, ou préférablement de faire au niveau du collet une application de cristaux de cocaïne ou d'acide trichloroacétique. Sur certaines dents de sagesse ou sur des racines recouvertes par la gencive, on débridera largement, au thermocautère, pour éviter toute hémorragie. Quelquefois ce débridement sera inutile et la gencive pourra être refoulée au moyen de gutta fortement pressée et laissée en place pendant deux ou trois jours, avec recommandation de mordre fortement dessus.

Nous pourrons nous trouver en présence de dents très serrées et qui, pour une raison quelconque (relèvement de l'articulation à ce niveau par exemple), auront besoin d'être séparées avant toute tentative de décorticage et même de séparation au moyen de la fraise à fissures. On peut alors :

1° Faire une ligature sur les faces mésiales et distales au moyen d'un fil entouré de coton passé au niveau de la gencive et lié sur la face occlusale ;

2° Placer au collet un morceau en forme de coin en bois d'hickory ;

3° Faire deux ligatures, une antérieure et une postérieure, suivant les méthodes d'Ed. Angle au moyen de ses fils à redressement les plus gros. Au bout de 24 heures la

séparation est obtenue. Cette méthode est assez pratique.

Les hémorragies consécutives au décorticage sont rarement assez fortes pour arrêter l'opération. On pourra y remédier par un tamponnement à l'eau oxygénée ou avec une solution d'adrénaline, ou simplement avec de l'eau glacée.

Pour éviter la douleur on badigeonnera la gencive avec une solution de cocaïne, ou on la cautérisera avec de l'acide trichloroacétique.

Nous parlerons d'abord de la préparation des molaires et prémolaires devant recevoir des couronnes ordinaires ou, suivant l'expression de Goslee, des couronnes télescopes, couronnes nommées également shell crown, capsule, calotte, c'est-à-dire les couronnes les plus simples, une bande ou anneau ou collier, surmontée d'une face triturante.

Nous envisagerons les points suivants :

1° Préparation d'une racine de grosse molaire type, molaire inférieure dans ce cas ;

2° Préparation d'une molaire lorsque la dent voisine manque et que la dent à couronnes est déviée de son axe ;

3° Hauteur à laisser dans les cas d'articulation basse par extrusion de la dent antagoniste ou pour toute autre cause ;

4° Racine présentant une partie dénudée ;

5° Cas où les racines sont nettement séparées ;

6° Racines cariées au-dessous de la gencive. Nous envisagerons la reconstitution, les avantages de l'amalgame et du ciment, les blocs ;

7° Epaulement pour les couronnes en porcelaine ;

8° Couronnes en porcelaine cuite par l'opérateur ;

9° Couronnes toutes faites en porcelaine.

POSITION DE L'OPÉRATEUR. — Quand il s'agira de décortiquer les dents du maxillaire inférieur, l'opérateur se tiendra à droite en arrière du malade pour la première prémolaire et les dents antérieures, à droite la face tournée vers le malade lorsqu'il s'agira des molaires. La main droite, évidemment, tiendra la pièce à main, tandis que la main gauche servira pour écarter les lèvres ou la langue au moyen d'un miroir

ou, si ceci est fait par le malade lui-même, avec un abaisse-langue, pour humecter légèrement la meule au moyen d'une poire à abcès à canule en caoutchouc, modèle Peeso. Dans le cas de décorticage des dents antérieures, les doigts de la main gauche serviront de point d'appui pour la main qui décortiquera ou de protecteur pour les régions avoisinantes ; ceci est à démontrer sur le malade. Quant au fauteuil, il doit être dans la position la plus basse, sans toutefois que l'opérateur soit obligé de se baisser pour travailler, tout au moins légèrement, le dos du fauteuil droit, ou presque, la têtière légèrement inclinée en arrière et du côté opposé à la dent à décortiquer. Dans le cas de grosses molaires ou prémolaires la main gauche servira à écarter la joue et à la protéger de la meule. Pour les dents antérieures l'index et le médius serviront de protecteurs, l'index de la main gauche servira à soulever la lèvre et à la protéger contre toute atteinte des instruments employés; le médius placé sur la face palatine en dehors de la protection de la muqueuse palatine sera utilisé comme appui accessoire pour le pouce de la main droite pendant le décorticage.

DÉCORTICAGE. — Nous prendrons une dent type, la 1re grosse molaire inférieure par exemple. (Fig. 1, 2, 3, 4, empruntées à l'*A B C des couronnes et des bridges.*) Cette dent, beaucoup plus large à sa face occlusale qu'au collet, présente de grandes masses à meuler et à décortiquer, avant d'arriver à obtenir une surface occlusale non pas égale, mais légèrement inférieure à la surface de la dent coupée au collet. On prendra pour commencer et pour couper les grandes masses qui se présentent sur les faces mésiales et distales, un disque en forme de coupe à ouverture externe. Ces disques sont soit en carborundum et en caoutchouc (vulcocarbo) (fig. 5, Evans) ce qui nous semble préférable, soit en corindon, poussière de diamant, ou en cuivre chargé de carborundum avec de la vaseline ou de la glycérine comme véhicule.

On devra, avant de commencer, juger à peu près le volume exact que l'on devra enlever, de manière, autant que

possible, à enlever d'un seul trait toute ou presque toute la partie à meuler. (Fig. 6, 7, 8, Goslee.)

Durant l'opération la meule sera humectée au moyen de la petite poire à abcès de S. S. White, modèle Peeso, dont nous avons déjà parlé. Ceci fait pour le côté buccal, on meulera l'émail avec un disque en forme de cône renversé d'un modèle plus petit, environ 15 millim. Il est à remarquer que le plus grand volume sera enlevé sur la face linguale, étant donné la forme de cette dent. Pour le côté buccal on emploiera la face plane ou légèrement concave de ce même disque.

Nous devons obtenir ainsi une sorte de cube.

Les angles et arêtes d'émail qui resteront encore seront enlevés suivant leur volume, soit au moyen d'un disque en cône renversé beaucoup plus petit, non pas tenu immobile, comme dans les cas précédents, mais plutôt suivant un large mouvement de va-et-vient sur l'angle à abraser. La face externe du disque servira pour le côté mésial et la face postérieure pour le côté distal. On se trouvera quelquefois bien de se servir de l'angle droit pour ce travail. Sauf quelques rares exceptions, la pièce à main peut être employée partout, la position de l'opérateur variant seulement suivant la face à meuler.

Dans le cas où il y aurait peu d'émail à enlever, les décortiqueurs de Peeso suffiront amplement. Pour finir complètement la préparation, des disques de toile grand diamètre couverts de poudre de granit ou de poudre de carborundum et largement vaselinés poliront les angles et les faces meulés. Ces disques devront être descendus sous la gencive jusqu'à environ 1 millim. ou au moins 3/4 de mm. On ne devra tenir aucun compte des petites hémorragies gingivales, l'adaptation exacte de la bande dépendant presque exclusivement de ce millim. sous-gingival pour la séparation ou tout décorticage.

Il est permis pour les dents très serrées d'employer avec prudence une fraise à fissure moyenne, à taille transversale, montée sur l'angle droit pour supprimer le point de

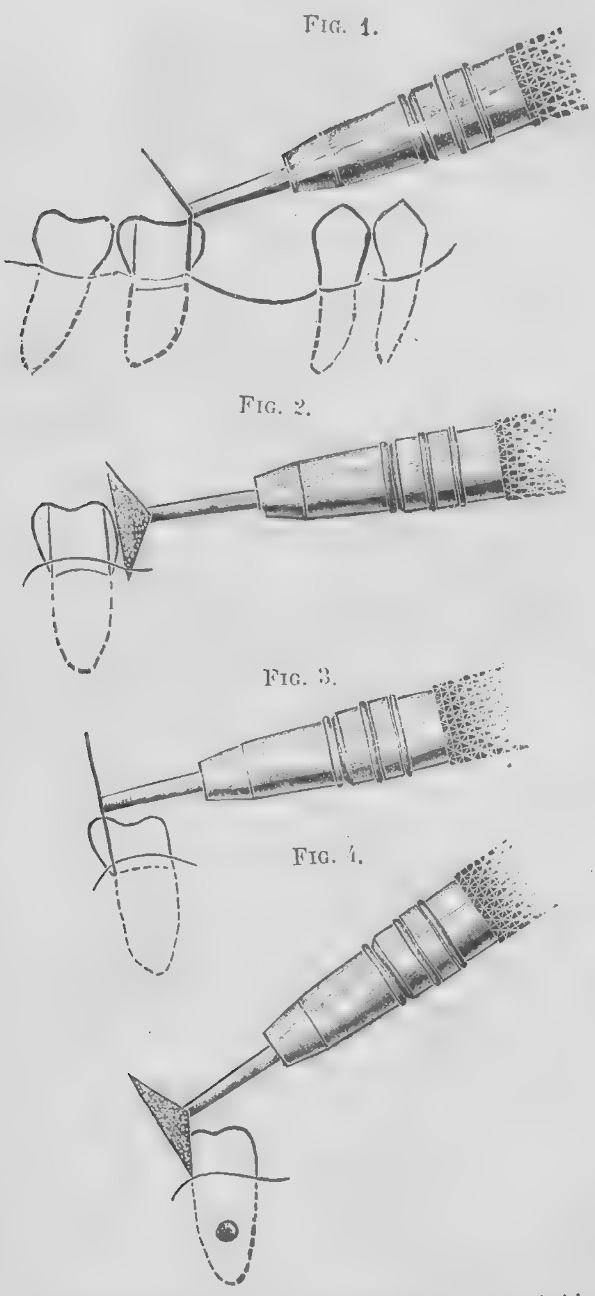


Fig. 1, 2, 3, 4 empruntées à l'A B C des couronnes et des bridges, par F. A. Peeso (Extrait et traduit du *Dental Cosmos* par Marg. Godon, *Odontologie*, 1905).

Fig. 5 (Evans).

Fig. 6 (Goslee).

Fig. 7 (Goslee)

Fig. 8 (Goslee).

Fig. 9 (Goslee).

Fig. 10 (Evans). Fig. 11 (Evans). Fig. 12 (Evans). Fig. 13 (Evans).

contact. L'opérateur devra toujours exclusivement porter l'effort maximum de la fraise sur la dent à décortiquer. Au cas où l'on aurait poursuivi la décortication trop loin et qu'au moyen de la sonde n° 17 de S. S. White on constaterait un épaulement de cément au niveau de la gencive ou légèrement au-dessous, il faudrait adoucir au moyen du décortiqueur et du disque, mais on ne peut espérer avoir une adaptation exacte, si cet épaulement subsiste, contrairement à ce qui a été avancé par certains auteurs. En effet, à moins de tenir la dent dans la main, il me semble presque impossible de faire adapter surface à surface l'épaisseur d'une bague et l'épaisseur d'un épaulement sous-gingival et, à moins de pouvoir le faire exactement, nous serons obligés de nous reposer au point de vue de la sécurité sur un ciment de valeur presque inconnu, ce qui est très aléatoire. Pour les autres dents on procédera de même que pour le cas précédent, mais on aura toujours présent à l'esprit que la forme d'une dent décortiquée doit rappeler une forme géométrique fixée ou à peu près. Il semble, en tout cas que ceci peut passer pour règle suivant le tableau publié par Peeso dans l'ouvrage de Turner. Cette forme rappelle assez l'emplacement des canaux. Cette règle ne peut s'appliquer aux dents de sagesse dont le volume n'est pas proportionnellement constant, mais on peut dire que les quatre incisives inférieures, les canines et les quatre prémolaires haut et bas, une fois préparées, présenteront, toutes proportions gardées quant au volume de la dent, des figures à peu près semblables.

Les canines se présenteront sous une forme ovale, dont le renflement serait du côté labial ; les incisives et centrales latérales suivant un triangle scalène dont la base serait labiale et le sommet disto-palatin.

Les prémolaires inférieures se présentent sous une forme ovalaire avec une légère dépression mésiale et distale correspondant à la séparation ou la dépression des racines.

Quant aux molaires du haut, elles se présentent suivant

un triangle scalène dont la base serait mésiale et le sommet disto-buccal.

Nous parlerons du décorticage des dents antérieures et accessoirement des premières molaires au point de vue des couronnes à bagues un peu plus loin.

Lorsqu'une molaire, surtout dans le maxillaire supérieur, vient à manquer pendant un temps assez long, il se produit une mésioversion de la molaire suivante. De même, il peut se produire une distoversion des prémolaires. Dans ce cas on devra, au moyen de sacrifices larges dans l'émail et l'ivoire, rétablir le parallélisme du pilier avant l'adaptation d'une bague.

L'articulation, dans un cas de couronne profondément cariée, pourra s'être trouvée abaissée par extrusion des dents antagonistes. Il sera bon alors de ménager un espace assez grand entre les faces occlusales pour pouvoir faire des couronnes à cuspides pleins, l'effort articulaire étant dans ce cas supérieur à la normale.

Dans certaines dents à couronnes nous pouvons observer, sur les faces palatines et mésiales le plus fréquemment, une dénudation due à une résorption alvéolaire après extraction d'une dent voisine avec élimination d'un séquestre, par pyorrhée sèche.

Il faudra autant que possible adoucir le point de rencontre de la racine avec l'émail, au moyen des décortiqueurs à un côté de Peeso ou avec des fraises à finir ou encore avec un disque de 15 millimètres de diamètre de manière à obtenir un plan adouci sur lequel la partie radiculaire de la couronne pourra être appliquée avec précision.

Dans d'autres cas, notamment dans les molaires inférieures, si nous nous trouvons en présence de racines solides, quoique séparées, on pourra procéder, suivant les méthodes énoncées plus haut, à la préparation de manière à pouvoir adapter deux petites bagues séparées surmontées d'une face triturante unique.

Nous pourrons également avoir une dent fracturée

récemment, le trait de fracture séparant complètement le fond de la chambre pulpaire. (Fig. 9, Goslee.) On passera une ligature au-dessous de la gencive à environ 1 millimètre 1/2, la ligature préférable sera un fil taille moyenne ou grosse (30 à 32 fil. am.) employé dans les redressements par Angle.

Après avoir rapproché les deux fragments radiculaires, on cimentera dans les canaux un fil de platine formant ressort en forme de V. (Fig. 10, 11, 12 et 13, Evans.)

Vous concevez très bien, je pense, la construction de ce petit ressort. Un fil de platine dont le diamètre se rapprochera le plus exactement possible de celui des canaux radiculaires sera d'abord ajusté dans le canal le plus fin, puis l'autre extrémité dans l'autre canal ; avec un coup de pince au milieu de cette tige et quelques légères retouches, nous aurons un ressort en forme, non de V à ouverture inférieure, mais d'U, si vous aimez mieux. Après avoir essayé plusieurs fois cet U, rapprocher légèrement et doucement les deux branches pour former ressort, et le tout est prêt à sceller en place.

On continuera la reconstitution coronaire soit par un bloc coulé, soit au ciment. La racine étant ainsi reconstituée, on suivra la marche ordinaire. Le cas peut se présenter d'une racine cariée loin sous la gencive. Après refoulement préalable à la gutta, on reconstituera la racine au moyen d'un pivot supportant le ciment ou au moyen d'un inlay à pivot fixé dans la racine et donnant le contour de la dent à son état normal. On pourra procéder comme plus haut.

Il est préférable, suivant Peeso, de ne pas reconstituer en amalgame les parties manquantes d'une racine, car, en plus du danger de voir la couronne s'altérer plus tard, il est excessivement difficile d'obtenir une obturation parfaite comme condensation dans les régions où le travail est loin d'être facilité même avec une matrice, difficilement adaptable. Le bloc est donc préférable.

Dans le cas où sur une couronne d'or on voudrait ména-

ger la place pour une face de porcelaine, la dent est préparée comme à l'ordinaire et, une fois la couronne terminée, on découpera sur la face labiale de cette couronne un volet où pourra s'adapter une dent. Il est évident que sur le pilier même vous serez obligés de ménager la place de cette dent en établissant une sorte de marche où le bas de la face de porcelaine viendra reposer.

La préparation d'une molaire ou d'une petite molaire pour une couronne en porcelaine cuite comprendra la section du corps de la dent jusqu'à environ 2 millimètres de sa base. Le décorticage se fera comme pour une Richmond, et pour les prémolaires il sera préférable de laisser en arrière un talon de 2 millimètres 1/2 environ, qui viendra finir en pente douce jusqu'à environ 1/2 millimètre sous la gencive sur la face vestibulaire de la dent. Pour les molaires ce talon n'existera pas et la dent sera meulée jusqu'à 1 millimètre de la gencive, puis le décorticage ordinaire aura lieu et, après adaptation de la bague, meulage de la racine.

Dans le cas où l'on emploierait des couronnes toutes faites type Davis ou Logan à bague surajoutée, la racine sera meulée à 1/2 millimètre, sous la gencive partout et décortiquée selon le procédé ordinaire.

Il arrive quelquefois que l'on a à faire des couronnes pour des dents situées en palatotrusion ; dans ce cas un talon sera laissé sur la face palatine de la racine à 1 millimètre environ, mais la dent sera meulée en avant jusqu'à la gencive, de manière que le plateau soudé sur la bague et supportant la face de porcelaine vienne s'adapter exactement au niveau normal des dents, en offrant le maximum de contact avec la gencive, tout en donnant le minimum de pression et de réceptivité pour les détritus alimentaires et les sécrétions buccales. Je ne dirai rien de la préparation des racines pour les Jacket crown, cette préparation étant particulière et ne rentrant pas dans le cadre de notre travail.

En ce qui concerne les dents à bague et pivot nous ferons cette étude dans l'ordre suivant :

Fig. 14 (A B C des couronnes et des bridges.)

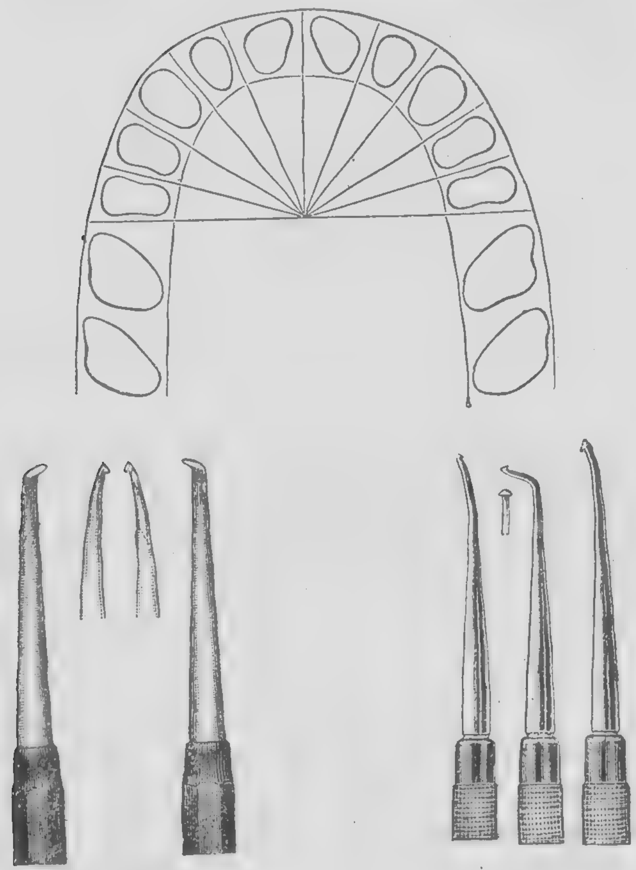


Fig. 15 (Goslee).

Fig. 16 (Goslee).



Fig. 17 (Goslec)

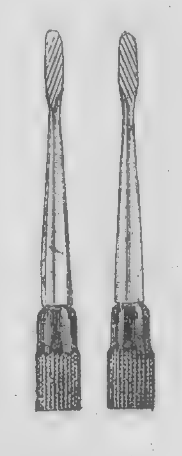


Fig. 18 (Goslee).

1° Dents à pivots à bague ;

2° Cas où la racine est fracturée ;

3° Logan et Davis à bague rapportée ;

4° Racines des dents antérieures cariées au-dessous de la gencive ;

5° Racines à carie intérieure étendue.

Pour les dents à bague nous supposerons que le traitement est fini et nous n'aurons plus à nous occuper que de la confection des couronnes.

Sur une racine normale incisive ou canine dans le cas où il resterait une partie assez grande de la couronne, on pourra procéder de deux manières.

a) Faire une encoche sur les faces labiales et palatines de la dent à environ 2 millim. 1/2 de la gencive, puis, au moyen de pinces coupantes du type S. S. White, on sectionnera la dent (fig. 14, A B C des couronnes et des bridges.

b) Au moyen d'une fraise à fissure montée sur angle et en partant du côté distal vers le mésial, par un mouvement de va et vient (scie), on sectionnera cette dent plus doucement et avec moins de chances de fractures radiculaires. La dent une fois réduite sera meulée de manière à laisser environ 1 mill. à 1 mill. 1/2 sur la face postérieure et 1 mill. sur la partie antérieure pour former ainsi un plan incliné d'une seule pièce. Pour le décorticage on se servira des décortiqueurs de Case (fig. 15, 16, 17, 18, Goslee) montés sur manche court et gros n° 8 A. S. S. White. Pour les faces labiables et palatines il sera préférable de commencer avec les décortiqueurs Peeso et finir avec ceux de Case. Pour les faces proximales on coupera la plus grande partie de l'émail avec un disque plat et on finira en décortiquant avec l'instrument à face proximale de la série Peeso.

Pour se servir de ces instruments, on glisse la pointe sous la gencive jusqu'au point d'union de l'émail et du cément, puis, plaçant le pouce sur une dent voisine ou sur la dent même de préférence on ramène la pointe de l'instrument vers le pouce, absolument comme pour tailler un crayon. Il est utile également de se servir de la série de Johnson pour les

racines inférieures ou la partie postérieure des autres racines. On rendra la surface plus unie et plus propre conséquemment à recevoir une bague en se servant d'une fraise à finir en forme de fraise à fissure ou préférablement des deux instruments de Prothero montés sur n° 8 A. S. S. White. Le décorticage une fois terminé, on remeulera la racine après adaptation de la bande de la face palatine vers la face labiale, de manière à avoir un plan incliné s'élevant en arrière à 1 millim. et descendant en avant à environ 1/2 millim. sous la gencive. Nous ne parlerons pas de la préparation des dents pour les couronnes fenêtrées ou toutes en or pour les autres dents, ce type étant complètement abandonné dans notre pays.

Dans les cas de fractures des racines antérieures, on pourra procéder comme pour les molaires, c'est-à-dire si le fragment est petit et ne s'étend pas loin sous la gencive, il sera plus prudent de l'enlever, quitte à prolonger la bande plus bas.

Si le fragment s'étend assez bas on pourra faire une ligature comme pour les molaires et glisser sous la gencive une petite bague en platine qui tiendra les fragments en place et sera facilement recouverte par la bague définitive, ou bien placer un tube dans le canal en pivot, reconstituer en cire le fragment, couler un inlay, cimenter en



Fig. 19 (Goslee).

place et finir ; le procédé est très délicat, mais donne de bons résultats ; ou bien encore, suivant l'idée de B. J. Cigrand, unir la racine avec une ligature, puis avec un trépan spécial creuser une rigole autour du canal, pouvant avoir 1 mill.

de fond, on y cimente une bague de platine et tout se fait comme pour les dents normales (fig. 19, Goslee).

Quand une racine sera cariée assez fortement au-dessous de la gencive, il faudra la reconstituer comme dans le cas de la racine fracturée, c'est-à-dire au moyen d'un inlay à tube. Lorsqu'on se trouvera en présence d'une dent à carie interne étendue, c'est-à-dire où la partie cémentaire intra-radiculaire aura disparu en grande partie, il sera bon de reconstituer cette racine au moyen d'un inlay en cône muni d'un tube en son centre. Dans les couronnes à demi-bague la préparation n'est pas tout à fait la même : 1° le meulage en tant que hauteur sus-gingivale de la racine est le même que pour les Richmond ordinaires.

2° Pas de décorticage sur la face vestibulaire de la racine ;

3° Décorticage ou plutôt nivelage des faces proximales ;

4° Meulage léger de la face postérieure de façon à ce que la demi-bande une fois en place soit en parallélisme avec le pivot.

Ces mesures sont applicables aux six dents antérieures et aux prémolaires.

En résumé, qu'il s'agisse d'une molaire ou d'une incisive, il est absolument indispensable, et on ne saurait trop insister sur ce point, de faire un décorticage parfait avant toute tentative de confection de bague. On ne saurait être trop exigeant vis-à-vis de soi-même, quant au fini et à la préparation de cette racine, sinon ce sera une faute de conscience professionnelle aussi grande que celle d'un opérateur laissant de propos délibéré de la carie dans une dent ou de l'infection dans un canal.

Ce serait en un mot tromper sciemment les personnes qui nous honorent de leur confiance et leur causer volontairement un dommage gros de conséquences.

APPLICATIONS DE L'AIR COMPRIMÉ INDUSTRIEL DANS LE CABINET DENTAIRE

Par Raymond Lemière, D. D. S.,
Démonstrateur à l'Ecole dentaire de Paris.

(Communication au Congrès de l'A. F. A. S., Lille, août 1909.)

Parmi les multiples perfectionnements dont bénéficie constamment l'installation du cabinet dentaire, il en est un qui mérite de fixer particulièrement l'attention. L'air chaud, cet agent physique si indispensable à toutes nos opérations, nous est fourni la plupart du temps parcimonieusement par une poire en caoutchouc à l'aspect disgracieux, au souffle plus ou moins pur, au maniement pénible et parfois dangereux.

Il existe cependant des appareils permettant d'obtenir de l'air absolument stérile et dont on peut régler facilement la pression, le débit et la température. Leur maniement facile, l'économie de temps qu'ils réalisent, la perfection qu'ils permettent d'obtenir dans les plus minutieuses opérations constituent un ensemble d'avantages qu'il m'a paru intéressant d'examiner.

Ces appareils sont trop connus pour que je les décrive longuement. Ils se composent d'un appareil compresseur, d'un réservoir et d'un appareil distributeur, qui est en même temps stérilisateur. Ce dernier, appelé encore seringue à air chaud, se compose d'un tuyau en caoutchouc et d'une pièce composée de caoutchouc durci, de terre réfractaire et de métal, à l'intérieur de laquelle l'air se stérilise et se chauffe au contact d'un fil de platine rendu incandescent par le courant électrique. Une manette permet d'ouvrir ou de fermer l'arrivée de l'air, en même temps qu'elle sert d'interrupteur au courant. Un robinet à pointeau permet de régler la pression et en même temps la température. En effet, la température fournie par le fils incandescent restant constante, la chaleur de l'air au sortir de la lance dépendra uniquement de la pression. Plus la pression sera forte, plus rapide sera

le contact de l'air avec le fil incandescent et par conséquent moindre sera la chaleur du jet d'air. Moins la pression sera forte au contraire, plus long sera le contact de l'air avec le fil incandescent, et plus chaud et par conséquent plus stérile sera l'air obtenu.

La seringue doit être fixée à proximité de la main par deux crochets et parallèle au bord de la tablette. Elle doit être toujours sous pression de sorte que, pour en faire usage, il suffit de la prendre et par un simple mouvement de pouce d'ouvrir la manette. Une seule main suffit, point très important à considérer.

Le tuyau de caoutchouc sera maintenu le long du bras de la tablette par des anneaux très larges.

Ajoutons que le courant électrique peut être fourni par le courant du secteur intercepté par des résistances ou par une batterie d'accumulateurs donnant de 6 à 8 volts au voltmètre. Il suffira de la sorte de le recharger tous les huit jours en moyenne.

Il résulte donc de ces dispositifs que l'on peut obtenir, suivant le réglage de l'appareil, une infinité de conditions intermédiaires aux deux suivantes :

1° Pression forte et température basse ;

2° Pression faible et température élevée.

De plus, si le courant électrique est coupé, on obtient de l'air froid à la pression que l'on désire.

Ces conditions sont évidemment réalisables avec la poire en caoutchouc, mais ce qui fait la supériorité de ces appareils, c'est :

1° La continuité du jet et par conséquent de l'action calorique ;

2° Le débit abondant et par conséquent la zone d'action étendue ;

3° La puissance calorique, sur laquelle nous reviendrons ;

4° La facilité de maniement, rendant impossibles les brûlures des joues ou de la langue.

Ces appareils permettent en un mot de retirer de l'agent physique qu'ils fournissent tout ce qu'on est en droit d'en

attendre sous le rapport de la stérilisation, du séchage, de la déshydratation.

Citons quelques exemples :

Un jet de pression et de température moyennes permet de sécher presque instantanément toute une région de la bouche ; l'examen en est facilité, les interstices proximaux et les sillons apparaissent nettement et les caries deviennent facilement perceptibles.

Un jet un peu plus chaud remplira le même rôle de séchage et de stérilisation sur les points d'appui d'un bridge ou d'un appareil d'orthodontie, sur l'appareil et sur le bridge lui-même. La prise du ciment ou l'adhérence de la gutta-percha seront facilitées par la chaleur ainsi développée. Les dents parfaitement séchées supportent une ligature qui glisserait en présence de la salive.

Toutes ces opérations peuvent incontestablement être accomplies avec la poire en caoutchouc, mais certainement d'une façon moins parfaite et surtout moins rapide.

Le jet très chaud stérilisera les parois d'une cavité du second degré. C'est en quelque sorte un flambage de la cavité qui se produit. Je suis persuadé que la stérilisation ainsi obtenue est vraiment effective. Avec un jet très chaud, je suis parvenu à faire monter à 150 degrés en quelques minutes un thermomètre de vulcanisateur, appareil de contrôle pourtant très impropre à cette expérience.

Je me propose de faire ultérieurement des expériences de stérilisation en comparant des cultures provenant d'objets stérilisés par différents procédés, dont celui-ci, et d'objets témoins. Le temps m'a manqué pour entreprendre ces expériences et vous en apporter le résultat.

Il est une autre question qu'il serait également intéressant de préciser, je veux parler du diagnostic des pulpites par les variations thermiques.

Cette méthode employée par Jack consiste à déterminer pour chaque patient la température maximum et minimum où réagissent les dents saines et d'examiner comparativement la dent suspecte. Jack s'est servi d'eau à température

connue. Il serait, je crois, plus précis de faire ces déterminations en projetant le jet d'air continu à la fois sur un thermomètre sensible et sur la dent à étudier. On aurait de la sorte éliminé une cause d'erreur importante de la méthode : le refroidissement de l'eau.

Sans aucune prétention scientifique, j'ai déterminé la sensibilité thermique de dents suspectes comparativement aux dents saines voisines. J'ai souvent constaté qu'il fallait sur une dent malade une durée d'exposition deux et trois fois moindres pour atteindre la température sensible maximum.

Pour ce qui concerne la recherche de la température minimum, c'est ici que l'air froid (l'*allumage* étant coupé) pourra nous rendre des services. La production du froid par l'évaporation rapide d'un liquide volatil est un phénomène physique bien connu qu'il serait intéressant de reproduire ici.

Mais laissons ces considérations qui appartiennent encore au domaine du laboratoire plus qu'à celui de la clinique et revenons aux avantages de l'air comprimé dans le traitement du 4e degré.

Un jet assez violent dirigé suivant un angle obtus par rapport à l'axe du canal détermine d'abord une chasse énergique des gaz et matières putrides qui encombrent encore les canaux après leur élargissement. Puis un jet plus chaud en facilitera l'assèchement, ce qui diminuera notablement le nombre de mèches nécessaires pour amener la siccité parfaite de la région apicale du canal.

Dans le traitement des complications (abcès aigus) un spray appliqué à l'aide de l'air comprimé amènera plus rapidement la résection des symptômes douloureux.

Il est en effet facile de substituer un pulvérisateur à la seringue à air chaud et d'utiliser le courant d'air à la projection d'un liquide antiseptique quelconque. Enfin, comme le recommande Brophy dans le *Dental Review,* mai 1906, avant d'appliquer des révulsifs, sécher à l'air chaud la muqueuse dont la faculté d'absorption sera de la sorte considérablement augmentée.

On a recommandé d'user du même procédé pour l'application des topiques dans les culs-de-sac de la pyorrhée alvéolaire. Les nouvelles méthodes par le bifluorure d'ammonium bénéficient de cette idée.

Ajoutez à cette liste déjà longue le scellement ou le descellement des couronnes et des bridges fixés à la gutta-percha, le refroidissement des cires des inlays, l'action révulsive de l'air froid en cas de malaise ou de syncope du patient, l'aération du cabinet dentaire en été et vous aurez un résumé des applications de l'air comprimé industriel.

Il existe dans certains cas un moyen très pratiqué de se procurer l'air comprimé à peu de frais. A Paris dans tous les arrondissements et dans quelques grandes villes beaucoup d'industriels utilisent l'air comprimé pour leurs moteurs ; il en est de même pour certaines lignes de tramways. Cet air leur est fourni par des compagnies spéciales. A Paris la plupart des ascenseurs marchent à l'air comprimé. Si vous habitez à proximité d'une colonne montante, le branchement ne vous coûtera pas cher et votre consommation, infiniment plus faible que celle de la moindre industrie, vous reviendra à environ deux francs par trimestre.

Enfin, il est un autre usage de l'air comprimé, non dentaire celui-là, mais utile cependant pour le dentiste ; je veux parler du nettoyage de l'appartement par la méthode aspiratrice. L'air comprimé permet par un dispositif analogue à celui de l'injecteur Giffard d'obtenir une aspiration parfaitement utilisable pour le nettoyage domestique.

J'utilise depuis deux ans l'air comprimé industriel dans mon cabinet et c'est devant les avantages considérables que j'en retire que je me suis décidé à faire cette communication, en vous priant de vous rappeler que le but du Congrès de l'Avancement des Sciences est avant tout de faire œuvre de vulgarisation. Nous sommes ici autant pour émettre des idées nouvelles que pour faire connaître celles qui ont germé et porté leurs fruits.

REVUE DES REVUES

TRAITEMENT ET OBTURATION DES CANAUX RADICULAIRES

Par E. Ballard Lodge, de Cincinnati.

Le traitement et l'obturation des canaux radiculaires, surtout des bicuspides et des molaires constituent l'une des opérations les plus difficiles.

Cette opération est nécessaire dans les cas suivants :

A. Dents dont les pulpes ont été enlevées chirurgicalement ou par dévitalisation, et demeurées aseptiques,

B. Dents dont les pulpes sont infectées ou sont le siège de maladies résultant de la putréfaction, péricémentite septique, abcès alvéolaire, etc.

C. Dents ayant été obturées et ayant besoin d'une nouvelle obturation à cause de la formation de ptomaïnes dans les parties apicales des racines.

Dans la classe *A*, il faut supposer que les précautions aseptiques ont été prises, et que le canal est exempt de micro-organismes. Après avoir isolé la dent par la digue, laver les couronnes à l'alcool ou à l'éther sulfurique pour les débarrasser du mucus et autres dépôts. Puis, avec un ciseau, couper les parois d'émail débordant pour faciliter l'accès des cavités, après quoi, enlever la carie qu'on peut enlever sans douleur avec l'excavateur de Gillette. Arroser la cavité avec un antiseptique pouvant atteindre les bactéries qui sont dans la cavité (bichlorure de mercure). En enlevant les débris de pulpe, stériliser les tire-nerfs, et, si l'instrument a touché à quelque chose pouvant l'infecter après la stérilisation, le plonger à nouveau dans un antiseptique avant de s'en servir. Il y a lieu d'ordinaire alors d'élargir le canal, suivant le cas, pour permettre l'insertion de l'obturation. A cet effet, après avoir déjà ouvert la chambre pulpaire en taillant largement pour que le fond soit entièrement visible, se servir des forets de Gates Glidden pour pénétrer dans les canaux, sauf quand ceux-ci sont droits. J'emploie alors le tire-nerf Downey ou Kerr pour élargir les canaux jusqu'à l'apex. Je commence avec un de petite dimension et je pousse jusqu'à l'apex, puis je continue avec un autre plus gros jusqu'à ce que la grandeur voulue soit obtenue.

Dans les canaux des racines buccales des molaires supérieures et des racines mésiales des molaires inférieures, cela peut être très difficile, sinon impossible, avant l'emploi d'autres agents. Il est bon alors de recourir à la méthode de Callahan imaginée en 1894, ou

méthode chimique pour l'ouverture des canaux radiculaires au moyen de l'acide sulfurique en solution à 40 o/o. Une solution plus forte transforme le coton en cellulose et n'agit peut-être pas plus rapidement. J'en mets une goutte au moyen d'un compte-gouttes, puis j'emploi un tire-nerf Donaldson uni, neuf et souple, pour qu'il ne se casse pas dans un canal tortueux dont on pourrait difficilement le retirer. Enlever la pointe aiguë au moyen d'une pierre d'Arkansas et essayer de l'enfoncer dans l'ongle du pouce : si elle glisse sans prendre, elle va bien. Tant que cela n'est pas fait, il est difficile sinon impossible même avec l'acide dans les canaux très recourbés d'arriver à l'apex parce que le tire-nerf pointu, quand il est neuf, peut se ficher dans le côté du canal à l'une des courbures au lieu de passer, ce qui produit un petit éperon à cet endroit et arrête le passage dans le canal. Avec l'instrument on pousse alors l'acide jusque dans la partie la plus reculée du canal.

Quelquefois on perd le canal pendant un temps, puis on le retrouve en donnant à l'instrument une courbure que possède normalement la racine quelquefois. Quand on trouve de la sensibilité ou quand on croit par mesurage ou comparaison qu'on est parvenu à l'apex et qu'on ne touche pas à des débris de pulpe vivants, on peut neutraliser l'acide avec une solution de bicarbonate de soude et l'on peut encore élargir le canal avec un instrument de Downey. Quelquefois il est commode de laisser une petite quantité d'acide sans neutraliser avec la soude jusqu'à une séance suivante. Cela ne fera aucun mal à condition bien entendu que la pression de la mastication ne le refoule pas au foramen ; dans ce cas cela provoquerait une inflammation apicale. Pour y obvier s'assurer que le canal n'est obturé que partiellement de liquide et qu'il y a par-dessus un tampon de coton sec scellé avec de la gutta. Si le coton était laissé saturé d'un liquide antiseptique, la pression pourrait parvenir à l'acide et celui-ci pourrait être poussé jusqu'à l'apex. Pourquoi avoir de l'acide dans le canal jusqu'à une autre séance ? La seule raison, c'est que cela laisse du temps pour le laisser agir à un degré plus marqué pour élargir le canal. L'acide est neutralisé par les sels de calcium de la racine en laissant un résidu de sulfate de calcium qu'on enlève aisément. L'acide sulfurique est un bon bactéricide et en même temps un destructeur de tout tissu pulpaire n'ayant pas été mécaniquement enlevé. Sans un sel minéral dans quelques-uns de ces cas il est probable que les débris pulpaires seraient souvent refoulés dans les extrémités apicales des canaux et y causeraient des troubles subséquents à cause de l'impossibilité de les rendre inertes par l'emploi des antiseptiques.

La classe *B* exige un examen tout à fait spécial. La première chose à faire, c'est d'éviter d'introduire des organismes septiques et

des ptomaïnes dans l'espace périapical et, s'il est nécessaire de pratiquer une ouverture dans la chambre pulpaire pour laisser échapper les gaz et de soulager ainsi la douleur causée par un abcès initial, il est sage d'aller lentement au début par crainte qu'il ne se produise un état pire que la putréfaction de la pulpe. Souvent une dent, saine d'ailleurs, développe une périostite aiguë une fois qu'elle est ouverte et que l'instrument a pénétré dans le canal. Quand cela se produit on peut assurer que des germes ou ptomaïnes, ou tous les deux, ont dépassé le foramen apical. Après avoir détruit mécaniquement tout ce qu'il est possible de détruire, enlever le contenu des canaux au moyen d'un tire-nerf barbelé ; un emploi abondant d'eau oxygénée est souvent nécessaire pour déterger. On peut alors employer avec avantage la formaline et le crésol, préconisés par Buckley. Dans ce cas on se trouve en présence des gaz provenant de la décomposition des protéides A^3H^2 et H^2S. Buckley dit que le gaz formaldéhyde GH^2O en combinaison avec l'eau en solution à 40 o/o connu sous le nom de formaline se combine avec le A^3H^2 de la pulpe putrescible et produit de l'urotropine antiseptique solide $(CH^2)^6 A^3$ et que le formaldéhyde s'allie avec le H^2S pour former de l'alcool méthylique et du soufre. En employant le formaldéhyde on change les gaz irritants et les ptomaïnes liquides toxiques en liquides inertes.

Le crésol, bactéricide puissant, homologue du phénol, est environ trois fois aussi actif que ce dernier et, quand on l'emploie dans les canaux pulpaires en putréfaction, il s'unit, croit-on, chimiquement aux graisses qui se décomposent pour former du lysol, bon antiseptique.

Les ptomaïnes toxiques, la cadavérine et la putrescine sont, suivant Vaughan et Novy, des produits de la putréfaction dans les matières protéiques, et ces produits se forment sans conteste dans la pulpe des dents quand celles-ci la subissent. Ces produits, s'ils passent par le foramen d'une racine, au moyen des gaz ci-dessus mentionnés ou autrement, dans l'espace périapical, peuvent par eux-mêmes produire de l'inflammation et de la suppuration.

Après avoir stérilisé complètement les canaux des dents, s'il n'y a pas de contre-indication quant à la douleur, on peut préparer et obturer comme cela a été indiqué pour les dents à canaux radiculaires aseptiques. Burton Lee Thorpe pense que Hudson, de Philadelphie, fut le premier à employer l'or pour obturer ces canaux dès 1817. Depuis, non seulement l'or a été employé, mais aussi le plomb, le cuivre, l'aluminium, le bois, la paraffine, la soie, le coton, l'oxychlorure de zinc, la gutta, en solution avec du chloroforme, les pointes de gutta, le salol, la résine et une foule d'autres matières. Je ne pense pas qu'on ait trouvé la matière obturatrice idéale. Pour répondre à toutes les conditions elle devrait fermer hermétiquement l'entrée du canal à tous les germes, venant du sang ou d'ailleurs ; elle devrait entre-

tenir l'antisepsie, ne pas se désagréger, être immuable et s'enlever aisément. Ce dernier point est important tant que notre habileté est limitée à l'obturation de canaux droits et aisément accessibles, tant que nous serons contraints de laisser sans obturation les apex d'un certain nombre de cas en raison de la difficulté extrême, nous aurons besoin de matières pouvant s'enlever aisément.

Quoique la gutta dissoute dans le chloroforme et les pointes de gutta ne soient pas parfaites, je les tiens en raison de leurs bonnes qualités pour ce qu'il y a de meilleur actuellement. Depuis peu j'ajoute de l'aristol en poudre à la chloro-percha lorsque celle-ci va être introduite et, après avoir soigneusement nettoyé le canal avec de l'alcool, et séché avec des absorbants et l'air chaud, je l'introduis à l'état clair avec le tire-nerf de Donaldson uni qui avait servi à préparer le canal. Le mouvement de refoulement amènera la matière jusqu'à l'apex et enlèvera l'air de celui-ci. J'insère alors un cône de gutta à l'aide d'un instrument spécial. Cela fait, je chauffe un petit morceau de gutta et je le place au-dessus de l'obturation du canal et je l'enfonce doucement dans le sens de la racine ; si le patient éprouve une sensation on peut être sûr que l'obturation a atteint l'apex. Cela suppose, bien entendu, que le canal radiculaire a été bien séché avant toute tentative d'obturation.

J'ai été un peu surpris de constater qu'un tube de verre de la dimension et de la forme d'une racine linguale d'une molaire supérieure et rempli d'alcool, l'ouverture bouchée par un peu de cire, ne peut pas être desséché par 50 insufflations d'air chaud avec la poire ; l'eau en exige 100. Un instrument à racine en métal, chauffé, ne le desséchera pas aisément. Rien n'y parviendra, sauf du coton enroulé autour d'un tire-nerf Dewney ou Kerr, ou mieux les pointes absorbantes aseptiques de Johnson. Ces pointes sont excellentes pour porter des pansements antiseptiques dans les canaux.

Inglis a imaginé une obturation pour canaux radiculaires que je considère comme l'idéal, bien que je ne l'aie pas encore employée : c'est l'adjonction, par parties égales, de paraforme, de thymol et d'eucalyptol à une solution de chloro-percha ; on laisse avant d'employer le chloroforme s'évaporer complètement pour ne former qu'une masse d'une consistance demi-solide. Puis on introduit les pointes de gutta. Cette obturation conserverait l'antisepsie et ne se rétracterait pas, comme le fait la chloro-percha après évaporation du chloroforme.

Dans la troisième classe (C) les rayons X sont d'un grand secours pour montrer si les canaux radiculaires ont été obturés, s'il y a une anomalie dans ces canaux ou les racines et pour servir de guide. En admettant qu'il y a lieu de réouvrir les canaux obturés avec de la gutta, cimenter un coton imbibé de chloroforme dans la chambre pulpaire au moyen de ciment à l'oxyphosphate de zinc et l'y laisser quel-

ques heures : il amollira les obturations radiculaires à la gutta suffisamment pour qu'elles soient entraînées avec le chloroforme et pour que les extrémités apicales soient atteintes par les méthodes décrites. La valeur de l'iode dans les racines de cette classe est montrée par l'emploi de l'aristol, de l'iode, de l'iodoforme, etc. dans les canaux radiculaires, l'aristol contenant de l'iode combiné au thymol. L'iode est utile dans le traitement des racines de cette classe, tandis que la teinte n'est pas une contre-indication. On suppose qu'il s'agit en s'alliant chimiquement aux substances albuminoïdes rendues antiseptiques par cette union et, de plus, il a une influence salutaire sur les tissus enflammés.

Instruments employés pour les opérations sur les racines. Les difficultés et les exigences de ces opérations imposent à chaque opérateur soigneux l'obligation d'être pourvu de tous les instruments propres à les exécuter ou à les faciliter. Aucun instrument ne donne plus de satisfaction que des précelles S. S. White pour porter les pointes de gutta dans le canal radiculaire, ni que des fouloirs à canaux destinés à fouler ces pointes en place. J'ai déjà parlé du tire-nerf uni Donaldson, du tire-nerf Kerr et Downey, du foret Gates Glidden pour les pièces à main droites et courbes. Un séchoir électrique à canaux, avec poire à air et pointes de métal chaudes, est également commode pour ces opérations. La pointe métallique chaude suit l'emploi des absorbants et est suivie elle-même d'insufflation d'air pour sécher le canal. L'agent désinfectant peut être volatilisé par le même procédé et la racine complètement antiseptisée. Fred Stephan, de Chicago, a préconisé l'emploi du porte-coton pour placer des médicaments tels que huiles essentielles, chloroforme ou autres remèdes liquides dans la dent. Cela obvie aux inconvénients des tampons de coton.

Eviter la décoloration des dents en ayant soin s'il y a une hémorrhagie dans la cavité pulpaire, d'éviter la production d'oxyde de fer (hémoglobine du sang et d'oxygène de l'eau oxygénée par exemple), qui formerait de la rouille, qu'il serait difficile de faire disparaître. Les agents chimiques tels que le nitrate d'argent, la teinture d'iode, le chlorure de mercure, etc., doivent être employés avec grandes précautions, car ces teintes chimiques s'enlèvent difficilement.

Nous devons consacrer autant de temps et de peine à ce genre d'opérations que cela est nécessaire pour obtenir les meilleurs résultats possibles. Ne pas oublier qu'une dent sans pulpe ne rendra de services que si son tissu nutritif, la membrane péridentaire, a conservé son intégrité. Il faut donc prendre une peine suffisante pour le conserver. *(Dental Summary*, décembre 1908.*)*

REVUE ANALYTIQUE

Une nouvelle méthode de traitement de la gangrène pulpaire d'après Mayerhofer.
Sur la chronologie de l'éruption dentaire permanente chez l'homme.

Une nouvelle méthode de traitement de la gangrène pulpaire d'après Mayerhofer.

Le professeur Mayerhofer, d'Insbruck, a noté dans son livre « les principes d'une thérapeutique rationnelle de la gangrène pulpaire » ses expériences. Il arrive à dire que malgré un nettoyage et une désinfection parfaits en apparence, bien que les mèches rétives ne présentent plus d'odeur et que la dent ne donne plus lieu à une réaction, les canaux ne sont pas stériles.

Dans ces expériences, il emploie trois procédés :

Il soumet à l'examen bactériologique des mèches imbibées d'antiseptique, ayant séjournées dans des canaux soignés.

Des sondes en nickel, flambées, que l'on tourne dans les canaux pour saisir les microorganismes qui ont pu rester éventuellement sur les parois des canaux, sont introduites dans des éprouvettes où se trouve du bouillon maintenu à la température de 37° C.

Des boulettes de coton imbibées d'un antiseptique sont placées à l'entrée des canaux, qui n'ont pas été soignés préalablement. De 179 cas l'auteur fit 800 expériences avec les sondes, 400 avec les mèches et 100 avec des boulettes.

Les microbes décelés dans les mèches qui ne présentaient plus d'odeur étaient le streptocoque et le staphylocoque.

Vingt fois on a pu découvrir des microorganismes dans des canaux d'où les mèches retirées étaient complètement stériles.

Des dents dont des canaux ont été soignés et obturés et qui n'avaient pas réagi, furent ouvertes et examinées ; on y trouvait des streptocoques. Il en fut de même des 28 cas de dents à fistules où celles-ci étaient cicatrisées et où les mèches n'avaient plus d'odeur.

Pour déterminer la résistance des microbes, l'auteur fit des essais avec des pansements au crésol-formaline, qu'il laissa agir différemment ; les streptocoques étaient les plus résistants, les staphylocoques les moins résistants.

Des dents dont des canaux étaient traités par l'orthocrésol-formaline, que l'auteur considère comme un antiseptipue plus fort que le tricrésol-formaline, furent soumises à l'examen bactériologique ; le résultat fut négatif, les microbes réapparurent dès que le pansement fut laissé plus longtemps sous une obturation provisoire.

La réinfection n'est pas de cause externe, les précautions prises permettent de l'affirmer, elle n'est pas d'origine apicale, car elle se rencontre aussi bien dans la gangrène simple que dans la gangrène compliquée, elle n'est pas non plus occasionnée par l'infection des canaux secondaires qui sont exceptionnels. Il est probable que la réinfection se fait par les canalicules dentinaires.

Malgré une désinfection minutieuse du canal, il est explicable qu'il reste dans les canalicules des microorganismes qui se multiplient au bout de quelque temps et pénètrent dans le canal lorsque l'antiseptique qui obture le canal a disparu.

L'auteur passe en revue quelques méthodes du traitement de la gangrène dentaire, et s'arrête à l'examen de la méthode de Buckley. Le tricrésol-formaline est un antiseptique appréciable et surtout un bon désodorisant. Il agit, selon l'auteur, comme calmant. Mais au point de vue bactériologique il inspire peu de confiance, très souvent le canal reste infecté et le coton introduit sert d'abri aux microorganismes.

Quant aux streptocoques qui se trouvent dans les canaux, s'ils ne réagissent point toujours, malgré leur virulence cela tient, d'une part, à ce qu'ils sont dans un milieu où les conditions de développement sont défavorables, et d'autre part à la défense que leur opposerait le tissu périapicale par la formation de tissu de granulation.

Selon l'auteur le modus d'infection de la pulpe se ferait par l'envahissement de celle-ci par les streptocoques d'abord qui serait suivi de la décomposition pulpaire. Les complications de la gangrène pulpaire n'ont rien de commun avec la décomposition. Il ne s'agit dans ces complications que d'une infection des streptocoques et parfois des staphylocoques. Il s'agissait d'établir une méthode pratique au point de vue bactériologique et clinique.

Le traitement rationnel doit avoir en vue : de stériliser constamment la racine, d'en empêcher la réaction, d'être toléré par le patient.

Dans le traitement, il y a à observer la décomposition et l'infection. Pour combattre la première on se sert des moyens mécaniques, et pour la seconde on se sert des substances médicamenteuses. L'auteur a trouvé dans le baume du Pérou une substance idéale pour l'obturation des canaux.

En 1905, au Congrès de la Société de chirurgie, le professeur Schosser, d'Insbruck, attira l'attention sur ce médicament pour le traitement des plaies. Son assistant Suter continue les recherches. Il put établir que le baume du Pérou :

1° Arrête la production des microbes ; 2° peut donner naissance à des substances bactéricides, se produisant d'une façon lente mais intensive ; 3° le baume du Pérou à cause de son insolubilité dans l'eau n'est pas résorbé par les tissus et persiste par conséquent longtemps dans les tissus ; 4° dans les tissus, il a la propriété de fixer les leucocytes ; 5° d'encapsuler les microbes ; 6° d'encapsuler les tissus nécrosés, ce qui fait qu'il retient les bactéries de la décomposition.

Il ne produit ni des réactions générales, ni des réactions locales. Il n'est pas caustique.

La technique est simple. L'auteur passe avec un tire-nerf à l'entrée du canal, met quelques gouttes d'une solution de *chetakresol* dans la chambre pulpaire et débarrasse l'entrée du canal des masses putrides, à plusieurs reprises il introduit cette solution et pénètre de plus en plus profondément. Il n'est pas nécessaire de poser la digue. Ce nettoyage est suffisant, l'auteur n'a pu décéler des microorganismes, dans ce canal après le nettoyage : il introduit le baume du Pérou à l'aide d'une serin-

gue dont la pointe est fermée mais présente deux orifices sur les côtés, et il finit en obturant la partie supérieure de la chambre pulpaire par du ciment. L'examen bactériologique était négatif et les résultats cliniques très bons dans tous les cas où il ne s'agissait pas d'anomalies des canaux, dans ces cas l'orateur a recours à la résection apicale. Ces cas sont rares ; la méthode peut donc trouver une application fréquente.

(*Deutsche Wochenschrift,* 13 février 1909.)

S.

Sur la chronologie de l'éruption dentaire permanente chez l'homme.

Il existe peu de statistique sur la date de l'éruption des dents permanentes. Cartwright Jean était le premier qui a fait une statistique, mais il n'a pas eu soin de séparer les filles des garçons. Il ne fit pas de différence des deux maxillaires. Selon Cartwright l'éruption des dents permanentes est la suivante :

Incisive centrale....................	à l'âge de	7-8
— latérale....................	—	8-9
Canines..........................	—	11-13
Première petite molaire..............	—	9-11
Deuxième —	—	11-13
Première molaire....................	—	6-7
Deuxième —	—	13-15
Troisième —	—	17-40

D'après les recherches de l'auteur, la date de l'éruption des dents est très variable. Elle varie le moins pour la première grosse molaire et le plus pour les canines et prémolaires. Chez les enfants du sexe féminin l'éruption se fait de 4 mois 1/2 plus tôt que chez des garçons. La différence est minime pour la première grosse molaire, mais elle est très sensible pour la canine inférieure ; viennent après la canine supérieure et les prémolaires inférieures. L'atavisme serait la cause du retard de l'éruption des canines chez l'homme et le phénomène se présente chez différents animaux et notamment chez le singe.

L'éruption prématurée des dents en Suède est probablement en premier lieu due à la race germanique, à tête et à figure de grande dimension, qui prédomine dans ce pays.

Chez les enfants des classes aisées, l'éruption se fait plus tôt que chez les enfants des classes pauvres, chez les enfants de la ville plus tôt que chez les campagnards. Ce phénomène s'expliquerait par la meilleure nutrition et par une sélection.

Il est dit dans la littérature que le rachitisme retarde l'éruption des dents. L'auteur a examiné 10.020 enfants dont les dents étaient atteintes d'hypoplasie. Il a constaté que le rachitisme n'influe point sur l'éruption des dents.

(*Deutsche Monatsschrift,* août 1909.)

RÉUNIONS ET CONGRÈS

Ve CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL

Berlin 23-28 août 1909.

COMPTE RENDU

(Suite [1].)

Par GEORGES VILLAIN, D. D. S.
Professeur suppléant à l'École dentaire de Paris.

IV. — Travaux des sections.

2° SECTION. — CHIRURGIE DE LA BOUCHE ET DE PROTHÈSE RESTAURATRICE. *(Suite.)*

Dans sa seconde séance tenue le mercredi 24 août, cette section discuta d'abord le second thème mis à l'ordre du jour :

« Fractures du maxillaire inférieur et leur traitement, » par lequel les points suivants avaient été choisis comme base de discussion :

1° Les symptômes principaux des fractures du maxillaire sont : modification du faciès, troubles de la mastication, de la parole, de la digestion ;

2° Les modes de fixation doivent garantir la guérison et la cicatrisation sans dislocation ni blessures ou modification musculaire ou articulaire ;

3° La chirurgie militaire exige un mode de fixation pouvant être obtenu aisément et rapidement sans appareils compliqués ;

4° Les attelles dentaires sont les meilleurs appareils de rétention dans le plus grand nombre de cas. Une intervention précoce, des conditions aseptiques et des précautions antiseptiques particulières, l'application et le retrait facile et confortable des bandages et modes de fixation, sont de la première importance.

M. le Dr Hoffendahl, de Berlin : *Fractures des maxillaires.* — Le traitement des fractures du maxillaire comprend la réduction des parties fracturées, l'arrêt du sang, en cas d'hémorragie et, avant tout, la rétention des fragments de leur position après la réduction.

Si la réduction présente de grandes difficultés, il faut qu'elles soient surmontées par l'intervention chirurgicale ou que la résistance soit suspendue lentement par des appareils de pression ou de tension. La confection des appareils de rétention garantissant d'une façon modé-

1. V. *L'Odontologie* des 15, 30 septembre, 15, 30 octobre, 15, 30 novembre et 15 et 30 décembre 1909.

rée l'absolue fixité de la mâchoire fracturée et dérangeant le moins possible les fonctions normales du maxillaire, est un des plus nobles devoirs du dentiste.

Pour arriver à pouvoir examiner le pansement systématique, il divise les fractures du maxillaire inférieur ainsi :

1. Il s'agit du corps du maxillaire lui-même :

a) Quand il ne se présente pas de dislocation sérieuse ;

b) Dans le cas de grande dislocation :

I. Dans les maxillaires édentés ;

II. Dans les maxillaires partiellement édentés ou rangés de dents complètes ;

c) Guérison avec forte dislocation ;

d) Dégénérescence en pseudarthrose.

2. Une des trois apophyses de la maxillaire inférieure.

Ia. Dans chaque cas et même sans dislocation, il est recommandable d'entreprendre la fixation de la partie fracturée, car le déglutissement, la parole, les mouvements ou les torsions de la tête peuvent contribuer au dérangement des fragments. Le maxillaire fracturé peut être fixé par le rapprochement direct ou indirect des fragments. On arrive parfois à une immobilisation suffisante des fragments en cousant le périoste et les parties molles ; dans d'autres cas, la suture osseuse doit être appliquée. Le rapprochement indirect dans le cas de maxillaire inférieur dépourvu de dents est atteint au moyen d'appareil. Si le maxillaire inférieur est pourvu de dents non ébranlées, le rapprochement direct est contre-indiqué.

On arrivera à un rapprochement indirect par les ligatures, par le « bandage provisoire de Sauer », par les bandages de gutta-percha de Morell-Savallä, par les bandages pour fractures d'Angle, par un bandage à matrice de Löher, ou par les bandes en caoutchouc, étain, etc.

Ib. Un maxillaire inférieur édenté et fracturé inclinant à une forte dislocation sera le plus avantageusement immobilisé par le rapprochement direct.

Ici, on doit laisser passer en ligne de compte la suture osseuse simple ou double et la poussée dans les fragments au moyen de pointes de métal ou d'ivoire. S'il faut se borner au rapprochement indirect, on appliquera un appareil de Rütenik ou un autre construit d'après les mêmes principes, ou la liaison du maxillaire inférieur avec le maxillaire supérieur. Un maxillaire pourvu de dents sera le plus favorablement fixé soit par des appareils en caoutchouc, de zinc ou de celluloïd avec ou sans emboîtement de charnières, soit par des bandages de fils métalliques d'après Sauer, Angle, etc.

Si la confection d'appareils exige une trop longue durée, on conseillera un bandage provisoire.

Ic. On peut essayer de remettre en position normale des mâchoires fracturées mal guéries sans écoulement de sang par des appareils de pression ou de tension ou bien séparer la partie fracturée de nouveau par opération et procéder comme avec une fracture récente.

Id. Les pseudarthroses seront traitées par la pose de bandages qui immobiliseront fortement le maxillaire. Tout médicament stimulant favorisera la guérison.

II. Les fractures du processus-alvéolaire seront traitées comme celles du corps du maxillaire ; celles du processus condyloïdien par la pose de plan incliné. On sait peu de chose en ce qui concerne les fractures des processus-coronoïdes.

Les fragments du maxillaire supérieur seront immobilisés avec les mêmes moyens et appareils modifiés comme pour le maxillaire inférieur.

M. le Prof. Partsch, de Breslau : *Fractures du maxillaire inférieur.* — Le traitement par les attelles des fractures du maxillaire inférieur permet essentiellement d'éviter le déplacement dans la direction horizontale. Mais le déplacement vertical continue tout de même assez souvent. Plus la mâchoire est édentée, plus il est difficile d'écarter le déplacement vertical, de sorte qu'une attelle ne peut pas entrer en ligne de compte surtout lorsqu'il s'agit d'une fracture double du maxillaire inférieur.

Dans ces cas on peut se servir de la clavette en gomme élastique qui par son application cause l'expansion et l'amollissement de la musculature déplacée et de ce fait comprime vers le bas la pièce attirée en haut et permet de s'approcher de la pièce fracturée plus profonde.

Le traitement par la clavette peut être exécuté sans difficulté et dans des cas difficiles de fracture double peut aussi fournir de bons résultats quand une des lignes de fracture est située dans la branche montante. Même quand le déplacement vertical ne peut pas être absolument écarté, il assure toujours une bonne mobilité et un bon fonctionnement de la mâchoire.

M. le Professeur Teodor Krauss: *Démonstration de maxillaire inférieur plastique.* Dans les grandes résections, 5 à 6 cm., particulièrement celles du corp de la mandibule, l'auteur fait la restauration à l'aide de la moitié inférieure saine du maxillaire. Une bande d'environ 1 cm. de profondeur est coupée du bord inférieur avec une scie de Gigli, la bande osseuse étant nourrie par une bande de muscles cutanés de la même largeur, dont le bord est sur le cou au niveau du larynx.

Le tissu de restauration est inséré et fixé dans la dépression à l'aide de deux fils d'argent. Si l'opération comprend la branche montante,

la fixation ne peut se faire qu'à l'aide de fils d'argent, amenés vers le menton (le morceau d'os servant à la restauration doit être alors fixé en arrière en le recouvrant avec les muscles (masséter, ptérygoïdien interne, etc.).

Avant d'insérer ce tissu, la cavité buccale doit être close soit avec une suture de membrane muqueuse, ou par opération plastique, de façon que les résections buccales ne fassent pas aboutir à une infection de nécrose de l'os transplanté.

Pour les mêmes raisons la portion supérieure de l'os scié servant à la reconstitution est recouverte de périoste du muscle. Finalement la blessure doit être fermée par une opération plastique.

M. le Dr Kersting, Aix-la-Chapelle : *Traitement des racines comme préservatif et remède nécessaire dans la chirurgie de la bouche.* Quand il s'agit de blessures causées par une résection ou une fracture de la mâchoire, ainsi que de toute autre maladie de la mâchoire, les racines malades sont un grand obstacle à la guérison. C'est pourquoi les racines malades en question ou aussi celles des dents saines dont les pulpes se trouvent en danger de tomber malades du fait de l'opération, d'une blessure ou d'une maladie de la mâchoire doivent être rendues aseptiques par obturation et traitement de la racine.

M. Roy prend part à la discussion en ces termes :

« Je me félicite d'avoir entre les mains un résumé de la communication de M. Kersting publiée en allemand, français, anglais ; cela me permet ainsi d'avoir pu prendre connaissance de sa communication et de prendre part à sa discussion bien que je ne parle pas allemand.

Je regrette que cette situation soit une très rare exception et je profite de cette occasion pour protester ici contre l'absence de ces résumés traduits dans les trois langues, ainsi que cela avait été promis par les règlements au Congrès. Il y a là un défaut grave dans l'organisation du Congrès qui empêchera les congressistes de ce Congrès de tirer les avantages qu'ils étaient en droit d'espérer en venant ici.

Ceci dit je félicite M. Kersting de son travail qui insiste sur la nécessité du traitement des dents et racines à la suite des opérations chirurgicales et des trausmatismes de la bouche.

J'insiste sur la nécessité avant de pratiquer des opérations chirurgicales sur la bouche de mettre autant que possible les dents en parfait état de santé d'une façon prophylactique ; c'est une notion qui doit se répandre chez les chirurgiens, que la désinfection et le traitement des dents sont la meilleure condition pour assurer dans de bonnes conditions la cicatrisation des plaies buccales.

Le troisième thème mis à l'ordre du jour :

Traitement chirurgical des périodontites chroniques est exposé par M. WILLIGER, de Berlin.

Notre rédacteur, M. Roy, prit activement part à la discussion de cette question et exposa sa méthode de curettage alvéolo-radiculaire que nos lecteurs ont pu apprécier à diverses reprises, tant dans nos réunions scientifiques que dans les séances de démonstrations.

Le curettage alvéolo-radiculaire dans les abcès alvéolaires chroniques de M. ROY se résume ainsi :

I. Dans l'abcès alvéolaire, les lésions alvéolaires sont beaucoup plus étendues que les lésions radiculaires.

II. Sur la racine les lésions ne sont généralement pas limitées à la région apicale ; celle-ci n'est souvent intéressée que dans une portion restreinte ; les lésions s'étendent sur une portion plus ou moins considérable d'une ou plusieurs des faces latérales qui se trouvent de ce fait dépourvues de ligament.

III. La suppuration dans les abcès alvéolaires chroniques n'est pas due, comme le pensent certains auteurs, à l'apex dépourvu de son ligament et qui jouerait le rôle de corps étranger dont l'organisme chercherait à se débarrasser.

IV. La conservation d'une partie importante de racine dépourvue de ligament radiculaire n'empêche pas la disposition de la suppuration et la fermeture des trajets fistuleux, pourvu que l'infection, cause première de l'abcès, ait disparu et que le foyer abcédé ait été soigneusement nettoyé.

V. La résection apicale n'enlève généralement jamais toutes les parties malades et enlève au contraire les parties saines de la racine.

VI. Dans l'abcès alvéolaire chronique, en raison de l'étendue et du siège des lésions, il y a avantage à traiter séparément et par la voie la plus directe chacun des facteurs en cause :

1° L'infection pulpaire par les canaux radiculaires ;

2° L'abcès alvéolaire par la voie vestibulaire.

VII. Dans les abcès alvéolaires ayant résisté au traitement par la désinfection de la dent et quelques cautérisations de la poche abcédée ou du trajet fistuleux, le curettage alvéolo-radiculaire est l'opération de choix. Cette opération est également indiquée pour le traitement des kystes radiculaires.

VIII. Le curettage alvéolo-radiculaire est une opération qui consiste à aller, par la voie vestibulaire, nettoyer complètement le foyer abcédé. Certe opération comprend les temps suivants :

A) Inciser verticalement au bistouri, ou mieux au thermocautère, la muqueuse vestibulaire au niveau de l'extrémité apicale de la racine ou au niveau d'une autre région, en cas de faux canal par exemple.

B) Ouvrir s'il y a lieu la paroi alvéolaire, celle-ci est généralement détruite ; néanmoins il convient d'agrandir son ouverture, s'il est besoin, pour découvrir largement le foyer abcédé.

C) Le foyer abcédé étant bien découvert, à l'aide d'une fraise ronde modérément coupante, on curette les parois alvéolaires et les parties malades de la racine en respectant soigneusement les parties saines et sans faire la résection de ladite racine.

D) Le curettage achevé, la plaie est détergée avec la solution de chlorure de zinc au dixième, puis abandonnée à elle-même sans tamponnement ; le canal radiculaire est ensuite désinfecté et obturé dans les huit jours suivants.

E) La guérison est obtenue en quatre à six semaines.

F) Cette opération peut se pratiquer aussi bien sur les dents multiradiculaires que sur les dents uniradiculaires.

G) Sans se livrer à des délabrements excessifs, cette opération doit se faire à ciel ouvert et avec la meilleure hémostase possible afin de ne s'attaquer qu'aux régions malades et à toutes celles-ci, et de respecter les parties saines de la racine et de l'alvéole.

IX. Cette opération pratiquée sur les diverses catégories de dents supérieures et inférieures m'a toujours donné d'excellents résultats. La présence de portions de racines dépourvues de ligament, parfois sur une grande étendue, n'a pas empêché la suppuration de disparaître ni entravé la cicatrisation parfaite des cavités abcédées.

M. Henc, d'Iéna, cite un cas intéressant de gingivite hypertrophique, chez un enfant dont un côté entier d'une des arcades était recouvert par la tumeur volumineuse qui défigurait le malade.

M. Roy fait part d'une observation de même espèce :

« J'ai observé, dit M. Roy, un cas analogue mais beaucoup plus marqué chez une enfant de 7 ans. Sa tumeur avait débuté dans les premiers mois de la vie et avait empêché les dents de la mâchoire supérieure de faire leur éruption. Cette tumeur était formée de tissus fibreux, je trouvai les dents sans la tumeur et celle-ci enlevée, les dents temporaires s'enlevèrent au cours de l'opération et les dents permanentes furent trouvées dans un état normal étant donné l'âge de l'enfant.

» La tumeur enlevée n'a pas récidivé et l'enfant qui était défigurée auparavant par le développement de cette tumeur, qui l'empêchait de fermer la bouche, a maintenant un aspect tout à fait normal. »

M. le Dr Antoine Schlemmer père, de Vienne, *Extraction de racines cachées ou casées profondément*, montre ses instruments à extraction en partie modifiés par lui depuis 13 ans ou nouvellement reconstruits. Il fait surtout ressortir que pour toutes les extractions de maxillaire supérieur, il a choisi la forme de baïonnette, celle-ci

lui permettant de voir la couronne ou le reste de la dent pendant l'extraction. Le Dr Schlemmer a fait construire l'extrémité des branches du davier d'une sorte de bulbe fendu dans la longueur, afin que, pendant l'extraction, la moindre douleur soit évitée à l'opérateur par suite de la pression exercée dans la paume de la main par l'instrument. Schlemmer transforma les branches des daviers de façon que ces daviers ne brisent pas les dents comme la plupart des daviers ordinaires.

Les daviers pour le maxillaire inférieur ne sont pas modifiés aux branches et ne sont transformés qu'à l'extrémité de celles-ci pour éviter de casser les dents. Pour l'extraction des racines, Schlemmer a construit un levier au moyen duquel il est facile d'enlever sans exception chaque reste de racine provienne. Il travaille avec ces leviers depuis 13 ans et, même aujourd'hui, il ne se voit pas dans la nécessité de procéder à la dissection des fragments de racine, bien que dans son cabinet il soit obligé d'extraire 3000 dents par an au moins.

Ces derniers mois il fut obligé d'extraire une dent retenue à cause de formation d'abcès qui n'avait pu être reconnu que par les rayons X et, aussi dans ce cas, après un quart d'heure d'efforts, il parvint à éviter que ni la gencive ni le maxillaire ne fussent blessés et à obtenir que la partie opérée avait l'aspect ordinaire.

On trouve en détail la description et le maniement de ses instruments dans la première livraison de la chirurgie dentaire austro-hongroise, année 1909, page 113.

M. Partsch, de Breslau, *Pathogénie des kystes des racines.*

1° Les théories actuelles sur l'origine des kystes des racines n'expliquent suffisamment ni leur croissance ni leur guérison après l'opération ;

2° La supposition faite dernièrement par Grawitz que le revêtement épithélial du kyste résulte d'une croissance par la cavité buccale, ne peut, en tous cas s'appliquer qu'à une petite partie des kystes des racines ;

3° La transformation des kystes ne résulte pas d'une transformation de l'épithélium, mais du tissu granulaire. Celui-ci se transforme aussi bien dans le granulome épithélial que dans celui sans épithélium ;

4° Les transformations produisant les liquéfactions sont accompagnées de transformations des vaisseaux capillaires ;

5° Le kyste s'agrandit par des transformations successives des bouchons granulaires situés l'un à côte de l'autre ;

6° La contraction de la paroi du kyste nécessaire à la guérison s'explique aussi par la transformation dans la partie conjonctive des cloches épithéliales.

M. Weiser, de Vienne, présente *Un cas de résection du maxillaire inférieur*, dont le remplacement présenta des difficultés spéciales lors du traitement post-opératoire.

M. Hauptmeyer, d'Essen, présente un travail sur le deuxième thème : *Fractures du maxillaire et leur traitement.*

M. Appelstadt, de Münster, expose le traitement prothétique d'une *blessure grave par coup de feu des maxillaires supérieur et inférieur.*

M. Kersting, d'Aix-la-Chapelle, signale les avantages des *attelles à charnière de caoutchouc* qu'il a imaginées pour les fractures du *maxillaire inférieur.*

M. Witzel, de Dortmund, rend compte de ses cas de pratique en cette matière.

M. Schröder, de Berlin, démontre sur des patients les avantages de *ses attelles pour les fractures de la branche montante du maxillaire inférieur.*

M. Partsch, de Breslau, indique l'emploi du *coin de caoutchouc pour régulariser les déviations verticales des fractures du maxillaire inférieur.*

M. Helbing, de Berlin, traite en détail, à l'occasion du deuxième thème : « *Fissures congénitales de la voûte palatine* », *l'opération des fissures du palais,* qu'il pratique dès l'âge le plus tendre, d'après la méthode de Langenbeck.

M. le prof. Gutzmann, de Berlin, *Examen préliminaire des pertes de substances palatines en vue de la restauration prothétique.* Après la pose d'un obturateur provisoire, on procède à l'essai phonétique par la méthode suivante :

1° On inspecte les parties mobiles du voile fendu et du larynx, on fixe la situation et la grosseur du bourrelet de Passavant ;

2° On ausculte avec l'oreille ou avec le cornet acoustique ;

3° On palpe les parties vibrantes, par exemple du sommet du nez ;

4° On fixe la grosseur et la forme du conduit nasal au moyen du miroir nasal ;

5° On donne la préférence à l'examen graphique.

Démonstration des instruments (kymographe, courbes des sons vocaux, etc.).

Le dentiste qui connaît bien cette méthode graphique a toujours de cette façon un moyen sûr de vérifier l'action de son obturateur et peut juger exactement tout changement de la cheville.

M. Brandt, de Berlin : *Contributions à la chirurgie de la bouche.* Le court espace de temps mis à la disposition de l'auteur lui permet

de soumettre seulement quelques nouveautés de notre spécialité de chirurgie buccale et prothèse restauratrice.

En premier lieu il nous montre un bandage très simple et temporaire lequel est appliqué avec succès dans les cas de fractures étendues des procès alvéolaires des mâchoires supérieures ou inférieures ou même dans les cas simples de fracture du corps de la mâchoire inférieure.

Un pessaire très simple est employé à cet usage. Ces pessaires formés de plomb et recouverts de caoutchouc mou semblent devoir facilement remplir le but proposé ; après avoir été coulés suivant le cas, ils sont attachés à la mâchoire supérieure ou inférieure et gardent ainsi les parties fracturées dans la bonne position.

Ce bandage a été essayé fréquemment par l'auteur, qui en recommande l'usage.

Parmi les différents obturateurs présentés l'auteur en préconise un qui semble donner de très bons résultats pour la phonation ; les muqueuses du malade porteur de cet appareil n'étaient nullement irritées. Finalement M. Brandt montra deux malades sur lesquels il avait opéré la résection de la mâchoire supérieure. Dans un cas la prothèse restauratrice donna un très bon résultat au point de vue fonctionnel, tandis que le résultat esthétique était défectueux.

Cela tenait en premier lieu à ce que, l'opération ayant été faite avec l'aide de grandes incisions du dehors, la prothèse ne put être appliquée que très tard ; on ne peut la regarder comme une prothèse immédiate.

Dans un autre cas l'auteur protégea le périoste du *palais dur*, fit l'opération et posa immédiatement l'appareil. Le résultat à la fois au point de vue fonctionnel et esthétique ne laissait rien à désirer.

Le conférencier présente ensuite un travail de prothèse nasale, qu'il qualifie de : « prothèse chirurgicale » parce qu'il le posa d'une manière opératoire et ne le fixa pas au moyen de lunettes. Pour pouvoir mettre la prothèse *qui consiste* en un nez fixé sur la plaque de prothèse dentaire, l'auteur perfora le palais, faisant une petite ouverture entre la cavité buccale et la cavité nasale.

Le canal a été fait avec des pivots à gaine, les uns portant la plaque, les autres le nez.

Enfin M. Brandt présente une oreille prothétique fixée à la partie cartilagineuse restante, à l'aide de sutures métalliques introduites dans le cartilage perforé suivant la manière par laquelle un anneau est suspendu.

M. Herrenknecht, de Fribourg, *Traitement de la tête par les rayons électriques.* Démonstration de l'appareil de Brünnig.

Par des bains de lumière électrique de la tête une active hyperémie

de l'épiderme cranien et des tissus sous-jacents peut être produite sans que les symptômes désagréables d'une hyperémie du cerveau soit probable.

La sécrétion des glandes sudoripares du cuir chevelu, celle des glandes muqueuses de la bouche et des cavités voisines, ainsi que la sécrétion des glandes salivaires sont grandement augmentées.

Par la production d'une circulation plus active même dans l'intérieur de la cavité buccale, les centres chroniques et aigus des inflammations et les douleurs en résultant sont influencées d'une manière bienfaisante. Par exemple de bons résultats furent obtenus dans l'inflammation aiguë du sinus. Dans la périodontite aiguë et chronique, dans l'ankylose, dans l'articulation temporo-maxillaire, etc., dans les cas de névralgies du trijumeau les bains électriques de la tête sont appliqués avec grand succès.

La durée de l'application est environ de 35 minutes par séance. Les bains électriques de la tête peuvent être appliquées tous les jours ou, si c'est nécessaire, plusieurs fois par jour.

(A suivre.)

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

ASSOCIATION GÉNÉRALE SYNDICALE DES DENTISTES DE FRANCE
A. G. S. D. F.

Assemblée générale du 16 janvier 1910.

DÉCLARATION FAITE PAR M. FRANCIS JEAN, PRÉSIDENT, A L'OCCASION DE LA RÉVISION DES STATUTS.

Depuis longtemps déjà la plupart des membres de l'A. G. D. F. et de la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris, voire même un certain nombre des membres des Conseils de direction et d'administration, éprouvant une grande difficulté à ne pas se perdre dans l'imbroglio de notre Groupement, dans les droits et devoirs contradictoirement énoncés, dans les divers statuts et règlements et se contentent le plus souvent d'être membres ou administrateurs de sociétés qu'ils ne connaissent guère.

A la veille d'une revision, à tant de titres indispensables, des statuts et règlements, il nous paraît utile de jeter à nouveau quelque lumière sur cette question.

L'Association et l'Ecole constituent deux sociétés différentes, ayant chacune son autonomie légale, soumises chacune à des lois ou décrets différents. En même temps cependant, régies par une même orientation professionnelle, composées presque identiquement des mêmes membres, associées dans un même effort, ces deux sociétés tendent à réaliser l'union la plus intime possible.

Nous avons souvent entendu demander pourquoi ces deux sociétés ne se fondent pas définitivement en une seule. Brièvement, nous allons dire pourquoi elles ne le peuvent pas et ne le doivent pas.

La première raison de cette impossibilité réside dans le fait que la Société de l'École est reconnue d'utilité publique. De là résultent une situation légale spéciale, des statuts imposés par le Conseil d'Etat, des droits limités, et une action qui reste soumise au contrôle de ce même Conseil d'Etat, alors que d'autre part l'A. G. D. F. régie par la loi sur les Associations et la loi sur les syndicats reste libre de ses statuts et règlements, peut s'assigner le but qui lui convient, et bénéficier d'une liberté d'action que restreignent seulement les principes généraux de l'ordre public. A ceci s'ajoute une seconde raison tirée des membres mêmes de ces sociétés: l'Association peut grouper tous les membres de la profession et des professions connexes, alors que l'Ecole ne peut statutairement grouper que les dentistes du département de la Seine.

D'autre part, le rôle des deux sociétés est assez différent pour légitimer leur existence séparée. En effet, la Société de l'École a pour but précis et limité : l'enseignement, auquel s'ajoute par voie de conséquence l'action philanthropique d'un Dispensaire sans lequel l'enseignement serait impossible. L'Association s'occupe, elle, des intérêts généraux de la profession, veille à l'application des mesures de protection légale, à tout ce qui peut favoriser l'entente fraternelle des membres de la corporation et à maintenir les règles de déontologie qui en assurent la dignité et le bon renom.

Si la fusion complète des deux sociétés n'est ni désirable ni possible, l'union la plus intime est nécessaire pour que ces deux sociétés réalisent chacune leur but spécial dans une action toute d'harmonie et de solidarité.

L'une et l'autre en effet acceptent une déclaration de principes odontologiques identiques, qu'elles mettent en œuvre de façon différente. Par cette action elles luttent toutes deux contre les principes stomatologiques opposés aux nôtres. Or, chacun sait que l'action stomatologique s'exerce avec une recrudescence indéniable et une précision inquiétante. Nous devons dès lors plus que jamais opposer à ce bloc stomatologique le bloc odontologique.

Il est, d'autre part, nécessaire que nos principes et nos moyens d'action soient mieux connus en province. Il faut que nous ayons là des représentants ou des correspondants qui ne laissent pas troubler l'esprit de nos confrères par des campagnes de dénigrement systématique et travaillent à les grouper toujours plus nombreux pour la défense de leurs intérêts et de notre drapeau.

L'accord entre les deux sociétés assure d'un autre côté à tous les membres de l'Association des avantages scientifiques indiscutables : nous bénéficions du prestige qui s'attache à l'Ecole, grâce à son enseignement et à sa philanthropie, nous recueillons tous les bienfaits des expériences, études, communications, etc... en même temps que nous sont ouverts les laboratoires des diverses branches de l'enseignement.

Un point important aussi et d'ordre très pratique, résultant de cet accord, consiste dans les avantages matériels dont bénéficient les deux sociétés. L'Association met une partie de ses ressources à la disposition de l'Ecole et, de son côté, l'Ecole met à la disposition de l'Association une administration organisée: bureaux et locaux appropriés à ses besoins, entente qui est à la fois une source d'économies et un garant d'unité.

On comprend dès lors que, si des statuts et règlements différents sont nécessaires pour chaque société, il est indispensable que toute contradiction en soit bannie, que toute obscurité soit éclaircie, et qu'ils soient entre eux aussi semblables que possible non seulement dans les termes, mais même dans leur disposition matérielle.

C'est pourquoi, alors que l'Association avait autrefois confondu dans un chapitre unique les status et les règlements, nous n'avons pas hésité, pour assurer cette ressemblance fraternelle nécessaire, à établir séparément d'abord des statuts, ensuite un règlement qui applique ces statuts.

Et il nous parut naturel de prendre pour type ceux de l'École, puisqu'ils sont imposés par le statut légal et difficilement tangibles.

Toutes les autres modificatious nécessaires pour la bonne harmonie, la simplification de l'administration, la claire exposition des droits et des devoirs de chacun, nous les avons introduites, et nous sommes convaincus qu'elles seront ratifiées.

Disons à ce propos qu'il nous paraît nécessaire d'ajouter le mot *syndicale* au titre de notre Association. N'oublions pas en effet — cela a été trop perdu de vue — que l'Association est un groupement *syndical*, que lorsque la loi sur les syndicats professionnels a été promulguée en 1884, l'Association, pour s'en prévaloir, pour se mettre sous son égide, a fait immédiatement la déclaration prescrite et que nous jouissons à ce titre de tous les droits conférés par ladite loi.

Nous ne nous cacherons pas cependant que la vie intense et féconde d'une société réside beaucoup plus dans l'esprit de ses membres que dans la belle harmonie de ses règlements, et que travailler à unir tous ceux de notre profession, à les associer dans un même effort, est une œuvre plus indispensable encore que la révision des formules.

Revivifier des formules, rajeunir des articles est bien, et revivifier et rajeunir les cadres ne serait pas moins excellent. Les hommes, comme les règlements appartiennent à un moment déterminé du temps. Lorsqu'ils ont accompli leur œuvre, il ne leur reste que le devoir d'encourager les nouveaux qui apportent à la fois une possibilité et un désir de travail encore inépuisés, les espérances et la confiance que la vie n'a pas encore ébranlées et qui sont de leur temps comme nous avons été du nôtre.

Laissons là d'ailleurs les polémiques de personnes, toujours mesquines; que la courtoisie de nos relations soit à la hauteur de la dignité professionnelle que nous avons conquise ; très soucieux de conserver l'estime de nos amis et des sincères défenseurs de nos idées, très désireux de conserver le respect de nos adversaires loyaux, nous voudrons ignorer les autres jusqu'au moment où ils attaqueraient nos institutions elles-mêmes.

Rien de tout cela n'est inutile à l'heure où il faut que notre profession montre son élévation aussi bien dans l'ordre déontologique que dans l'ordre scientifique et qu'elle reste prête à tous les efforts et les sacrifices que peut réclamer son progrès dans l'avenir.

Conseil de direction du 15 janvier 1910.

Le Conseil de direction de l'A. G. S. D. F. s'est réuni le samedi 15 janvier à 9 heures du soir.

Après approbation du procès-verbal du 30 octobre sous réserve d'une adjonction de M. Godon, il a ratifié les décisions du Bureau des 3, 9 et 20 décembre 1909 et 13 janvier 1910, approuvé les rapports de MM. Fouques, secrétaire général, Viau, trésorier, Lalement, secrétaire de la Chambre syndicale, et Miégeville, administrateur-gérant de *L'Odontologie* ; il a adressé des félicitations et des remercîments à MM. Viau, Delair, Lalement et Miégeville pour leur gestion.

Il a ratifié l'admission de quinze membres prononcée par le Conseil de famille depuis le 30 octobre, accordé deux secours d'études, approuvé une déclaration de M. Francis Jean sur le projet de revision des statuts, adopté pour la société le titre de *Association générale* SYNDICALE des dentistes de France, complété l'article 5 du projet de statuts par une adjonction et réclamé l'admission dans la Société de l'Ecole des membres de province de l'Association.

Assemblée générale du 16 janvier 1910.

L'assemblée générale annuelle de l'A. G. S. D. F. s'est tenue le dimanche matin 16 janvier à 9 heures.

129 membres étaient présents (107 de Paris, 22 de la province).

Après adoption du procès-verbal de l'assemblée générale du 24 janvier 1909 et approbation du rapport du secrétaire général, l'ordre du jour suivant a été voté :

« L'assemblée générale, estimant qu'en radiant M. Manteau de l'Association le Conseil d'administration n'a fait qu'appliquer régulièrement le Règlement, le félicite d'avoir pris cette mesure, lui adresse ses remercîments et passe à l'ordre du jour. »

Le rapport du trésorier, le bilan et le projet de budget de 1909-1910 ont ensuite été adoptés avec remercîments à M. Viau pour sa gestion de la trésorerie, ainsi que le rapport de l'administrateur-gérant de *L'Odontologie,* M. Miégeville, avec félicitations et remercîments à ce dernier pour sa gestion du journal, et félicitations au comité de rédaction.

Puis la discussion du projet de revision des statuts et règlements a été abordée ; tout d'abord il a été décidé que le nom de la Société sera dorénavant ASSOCIATION GÉNÉRALE SYNDICALE DES DENTISTES DE FRANCE (A. G. S. D. F.) et que la *Chambre syndicale* prendra dorénavant le nom de COMMISSION SYNDICALE.

Les modifications à la *Déclaration de principes* et à la *Convention*

du Groupement ont été adoptées, avec cet important changement que dorénavant *toute action judiciaire sera exercée, pour l'Association et ses subdivisions, au nom du président de l'Association ou d'un membre délégué à cet effet par le Bureau.*

L'article 13 du projet de statuts relatif à la radiation a été retiré et l'article 17 des statuts actuels maintenu.

L'heure avancée ne permettant pas de discuter complètement le projet de revision, il a été décidé que cette discussion aura lieu le dimanche matin 27 février dans une assemblée générale extraordinaire consacrée à ce débat, avec séance du Conseil de direction le samedi soir 26 pour la constitution du Bureau.

Il a été décidé que la déclaration lue par M. Francis Jean, qui a été accueillie par des félicitations, serait publiée dans *L'Odontologie* (V. ci-dessus).

Enfin il a été procédé au renouvellement partiel du Conseil de direction, qui a donné les résultats suivants :

Vote par correspondance : 55 bulletins de la province et de l'étranger.
81 — de Paris.
6 — sans adresse.

Votants	251	Majorité absolue	122
Suffrages exprimés	243	Bulletins blancs	3

Bulletins nuls (irréguliers)........ 5

Paris. MM.				Province. MM.			
Delair	233	voix	élu.	Fléty (Dijon)	220	voix	élu.
Francis Jean	209	—	—	Thuillier (Rouen)	218	—	—
Lalement	205	—	—	Brodhurst (Montluçon)	197	—	—
J. d'Argent	201	—	—	Lemaire (Bourges)	185	—	—
Machtou	192	—	—	Durand (Lyon)	183	—	—
Miégeville	191	—	—	Mouton (Châtellerault)	183	—	—
G. Fouques	190	—	—	Jouard (Saint-Cloud)	180	—	—
Bruschera	179	—	—	Cottard (Marseille)	178	—	—
Cernéa	172	—	—				

Viennent ensuite :

MM.			MM.		
Hugot	52	voix.	Dyssli	57	—
Jeay	30	—	Rigolet	50	—
Bonnard	23	—	Vichot (Angers)	45	—
P. Martinier	22	—	Duncombe	42	—
Morche	21	—	Duplan	21	—
Boileau	19	—	Richer	19	—
Moutin	18	—	Eustache	12	—

Friteau.......... 15 —
Debray.......... 14 —
Manteau.......... 10 —
de Croës.......... 8 —
Lannois.......... 8 —
G. Martinier.... 8 —
Thomas.......... 5 —
Loup.......... 4 —
Tzanck.......... 4 —
Sauvez.......... 3 —
Delorme, Dehogues, Paulme, Houdoux, Jolly, chacun 2 voix.
Roy, Mendel, Ragageot, Bruel, Levett, Frinault, Pélissier, Blatter, G. Villain, Fié, Smadja, Guébel, Carré, Solas, Zimmermann, Dumont, Girardier, Bruel, Ferrand, Fresnel, Pinèdre, Lanos, Knodler, chacun 1 voix.
Joly.......... 8 —
Loriot.......... 4 —
Dupas.......... 4 —
Duvignau.......... 2 —
Roy (Sens)...... 2 —
Rolland, Sauvenet, Fabre, Vauvilliers, Seigle, Salmon, Guillot, de Massias, Lalement (Nevers), Crapez, Bennejean, chacun 1 voix.

F. D. N.

La Fédération dentaire nationale française prend ses dispositions pour recevoir au mois de mars prochain la F. D. I. qui, depuis sa fondation à Paris en 1900, se réunit pour la première fois, dans notre capitale.

La F. D. N. se propose de tenir avant cette réunion une assemblée générale dans laquelle elle examinera les questions qui seront tranchées par la F. D. I. D'ailleurs la F. D. N. sera représentée par ses délégués à la réunion de la F. D. I., à laquelle ils transmettront leurs desiderata.

F. D. I.

Le bureau du Conseil exécutif de la F. D. I. s'occupe de l'organisation de la session de 1910, qui doit se tenir à Paris très probablement les samedi 26 et lundi 28 mars, à la réunion annuelle de l'*American Dental Society of Europe*.

Cette session, quoique limitée à l'élaboration du programme de la troisième période quinquennale (1910-1915), n'en promet pas moins d'être très intéressante parce que, en outre des travaux des Commissions d'enseignement d'hygiène, etc., d'une part, le prix de la fondation internationale Miller y sera attribué pour la première fois, et que, d'autre part, l'inauguration du monument à Horace Wells aura lieu à ce moment.

NÉCROLOGIE

L. Malassez.

On annonce la mort de M. L. Malassez, directeur adjoint des Hautes-Etudes, membre de l'Académie de médecine, président de la Société de biologie.

Ses travaux, très nombreux et de la plus haute valeur, sont connus de tous. Nous ne citerons que ses recherches sur le sang, la syphilis, la tuberculose zoogléique, les affections parasitaires, les psorospermies, les psorospermoses et surtout les tumeurs. La science dentaire lui est redevable de publications sur le ligament alvéolo-dentaire, la pyorrhée alvéolaire, les débris épithéliaux paradentaires.

L. Malassez est un grand savant qui disparaît. Le monde odontologique lui doit un tribut de regrets.

NOUVELLES

Légion d'honneur.

M. le professeur Landouzy, doyen de la Faculté de médecine de Paris, vient d'être élevé à la dignité de commandeur de la Légion d'honneur.

Notre confrère M. Spaulding, membre de l'A. G. S. D. F., vient de recevoir la croix de chevalier de la Légion d'honneur.

L'Ecole dentaire de Paris leur a adressé ses félicitations. Nous leur adressons les nôtres.

Nouveau Syndicat.

Nous apprenons la création par notre confrère M. Drain (de Saint-Quentin), membre du Conseil de direction de l'A. G. S. D. F., du *Syndicat des dentistes de l'Aisne*.

Nous souhaitons bon succès à ce nouveau groupement professionnel.

Ecole dentaire de Paris.

Par décision du Conseil d'administration en date du 11 janvier 1910, MM. Audy et Blatter, professeurs suppléants, ont été nommés professeurs titulaires, avec les félicitations du Conseil.

*
* *

Le Conseil d'administration a décidé, dans sa séance du 11 janvier 1910, l'ouverture des concours suivants pendant la présente année scolaire :

A pour 2 postes de prof. suppl. de chirurgie dentaire.
B — 2 postes de — — de dentisterie opératoire.
C — 1 poste de — — de bridges, couronnes et orthodontie.
D — 1 poste de — — de prothèse restauratrice.
E — 2 postes de chefs de clinique de chirurgie dentaire.
F — 2 postes de — — de dentisterie opératoire.
G — 2 postes de — — bridges et orthodontie.

Les dates de ces concours seront fixées à la prochaine séance du Conseil.

Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris.

Une assemblée générale extraordinaire avait été convoquée, conformément à l'article 10 des statuts, pour le mardi 25 janvier 1910 à 8 heures 1/2 du soir, au siège de la Société, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, avec l'ordre du jour suivant :

1° Approbation de la convention avec le propriétaire au sujet de la construction en projet ;

2° Demande d'aliénation du fonds de réserve, jusqu'à due concurrence de la somme de 30 000 francs pour servir de garantie au propriétaire, par suite des modifications apportées dans la disposition de l'immeuble loué.

Le quorum prévu par l'art. 10 des statuts n'ayant pas été atteint, une seconde assemblée est convoquée pour le samedi 5 février.

Nouveau journal.

Nous avons reçu le premier numéro d'un nouveau journal professionnel *La Province dentaire,* paraissant le 15 de chaque mois et publié à Lyon sous la direction honoraire de M. Claude Martin, la direction effective de M. Pont, qui, on le sait, est actuellement directeur de l'Ecole dentaire de Lyon, en remplacement de M. Guillot, et la rédaction en chef de M. Ch.-J. Fleischmann.

Nous saluons avec plaisir l'apparition de ce nouveau confrère.

« *La Province dentaire* sera exclusivement un journal scientifique qui ne s'occupera d'aucune question de politique professionnelle et qui restera en dehors de toute polémique », lisons-nous dans son premier article. Nous ne doutons pas que *La Province dentaire* ne remplisse le but qu'elle se propose, avec les nombreux collaborateurs dont elle s'est assuré le concours et dont beaucoup font partie, nous avons la satisfaction de le voir, de l'Association générale syndicale des dentistes de France.

Nous souhaitons plein succès à notre confrère et nous lui adressons nos félicitations et nos encouragements. LA RÉDACTION.

Exposition franco-britannique de Londres.

Nous avons reçu le rapport de M. Plisson sur l'Exposition franco-britannique de Londres (1908), section française, classe 14 B, médecine, chirurgie et hygiène; classe 16, médecine et chirurgie. Deux pages (44 et 45) sont consacrées à l'Ecole dentaire de Paris (qui, comme on sait, a obtenu un grand prix) et à son directeur, auquel a été décerné un diplôme d'honneur.

Erratum.

Dans l'article de M. le professeur Cavallaro publié dans notre numéro du 15 décembre dernier *Nouvelles observations sur la dentition chez les syphilitiques héréditaires* le parag. *Taches blanches* doit être remplacé par ce qui suit :

Comme contribution spéciale, dans deux cas avec syphilis héréditaire incontestable, nous avons constaté une nouvelle altération.

Souscription Miller.

M. Léon Bioux, trésorier général du Groupement de l'Ecole dentaire de Paris et de l'A. G. S. D. F. a l'honneur d'informer les souscripteurs pour le prix Miller qu'à partir du 15 février il fera recouvrer les souscriptions qui n'auront pas été versées à cette époque.

3e Congrès internationale d'hygiène scolaire.

Rappelons que le 3e Congrès international d'hygiène scolaire aura lieu à Paris du 3 au 7 août 1910 et comprendra une section d'hygiène dentaire.

Pour tous renseignements s'adresser au Dr Dufestel, secrétaire général, 18, boulevard Magenta, Paris.

30e ANNÉE. N° 3 15 FÉVRIER 1910 VOL. XLIII

L'ODONTOLOGIE

L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

TRAVAUX ORIGINAUX

UN CAS DE SARCOME GÉNÉRALISÉ A DÉBUT GINGIVAL

Par MAURICE ROY,

Dentiste des Hôpitaux de Paris,
Professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

M. C..., concierge, 51 ans, s'est présenté à la clinique de l'Ecole dentaire de Paris, se plaignant de gonflement du côté de la bouche. Il avait jusqu'alors joui d'une bonne santé et sauf une scarlatine à onze ans ne présentait rien d'intéressant à signaler dans ses antécédents.

Il y a deux mois, il souffrit de violentes douleurs d'estomac avec renvois, aigreurs et constipation et présenta en même temps un gonflement généralisé du côté de la muqueuse buccale. Son médecin qu'il consulta le soumit au régime lacté sans rien faire pour les accidents buccaux.

Trois semaines après, alors que les troubles du côté de l'estomac s'étaient améliorés, le malade vit survenir à la mâchoire inférieure, sur la gencive, au niveau des incisives centrale et latérale droites, une tumeur grosse comme une moitié de noix. Le médecin consulté par le malade, pratiqua, paraît-il, à ce moment dans la tumeur des injections d'eau oxygénée et fit pratiquer des lavages de bouche avec la même solution.

Ne présentant pas d'amélioration, le malade vint à la clinique de l'Ecole dentaire où on lui enleva les deux incisives centrales inférieures et la latérale droite extrêmement mo-

biles au niveau de la tumeur. Il n'y avait pas de suppuration au niveau de ces dents et il n'y eut pas d'hémorragie notable après l'extraction. C'est une semaine après ces extractions que le malade fut soumis à mon examen. Voici ce que je constatai à ce moment, 21 décembre 1908.

*
* *

Le malade présente à la mâchoire inférieure, au niveau des incisives centrales et de la latérale droite, une tumeur qui déforme la lèvre inférieure.

La bouche ouverte, on constate au point sus-indiqué la présence d'une tumeur de la forme et de la grosseur d'une demi-noix dont le côté plan serait appliqué sur la face antérieure du maxillaire et le côté convexe orienté directement en avant.

Cette tumeur est rouge violacé, assez molle, non fluctuante et non douloureuse, elle est sessile et s'étend depuis la face mésiale de l'incisive latérale gauche jusqu'au milieu de la canine droite. Elle ne s'étend pas vers la face interne de la mâchoire dont le bord alvéolaire et gingival internes sont sensiblement normaux.

En bas la délimitation de la tumeur est assez difficile à établir, elle s'étend jusqu'au fond du sillon vestibulaire.



En haut elle atteint presque le niveau du bord tranchant des dents voisines. Quand le malade ferme la bouche, les incisives et la canine supérieures droites viennent mordre dans la tumeur.

Il ne paraît pas y avoir de modifications du côté du maxillaire.

En ce qui concerne les dents restantes : à la mâchoire inférieure, la canine et l'incisive latérale gauches, sont exemptes de carie, cette dernière dent est légèrement mobile. Les autres incisives manquent, on voit la trace de leur emplacement sur le bord gingival interne qui, ainsi que je l'ai dit plus haut, n'est pas notablement modifié. La canine droite, non cariée, a une coloration qui paraît indiquer une mortification pulpaire, elle est légèrement mobile ainsi que la première prémolaire voisine qui paraît saine et est simplement déchaussée. Il manque la première grosse molaire et la deuxième prémolaire droites ainsi que la première prémolaire gauche, les dents de sagesse et la deuxième molaire droites sont déchaussées et mobiles, rien de particulier aux autres dents, sauf le tartre qui les recouvre et un léger état inflammatoire de la muqueuse qui est violacée.

A la mâchoire supérieure, il manque, à droite, la première prémolaire et l'incisive latérale, à gauche, l'incisive latérale, la deuxième prémolaire et la première molaire ; les dents restantes sont exemptes de caries.

La dent de sagesse supérieure droite est mobile quoique non déchaussée en apparence, il en est de même pour la deuxième grosse molaire du même côté mais à un moindre degré. Au niveau de ces deux dents, la gencive est un peu tuméfiée et très notablement décollée, il n'y a pas de suppuration mais un léger suintement sanieux à la pression au collet de ces dents. L'incisive centrale droite est très mobile et présente une coloration qui indique une mortification pulpaire; il y a une suppuration assez abondante au collet.

La canine supérieure droite est mobile, la muqueuse à son niveau est peu modifiée à la face palatine, à la face vestibulaire, au contraire, la gencive est considérablement tuméfiée et forme un très gros bourrelet très violacé un peu sphacélé en un point; la racine de cette dent, à sa face externe, est complètement dénudée, il n'y a pas de pus à la pression.

Du côté gauche, la canine aurait présenté il y a huit jours, d'après le malade, un aspect assez analogue à celui de la dent homologue du côté droit, mais aujourd'hui sauf un peu

de rougeur de la muqueuse, il n'y a plus trace de ces lésions.

La dent de sagesse supérieure gauche est légèrement mobile de même que la deuxième grosse molaire ; cette dernière dent présente un boursouflement de la muqueuse à la face palatine et mésiale comme s'il venait d'y avoir un abcès à ce niveau, il n'y a pas de pus à la pression, mais seulement un suintement séro-sanguinolent.

La muqueuse buccale, d'une manière générale, est pâle, légèrement violacée.

Le malade ne souffre pas de sa bouche d'une façon notable.

On constate la présence d'énormes paquets ganglionnaires, durs et indolents dans les deux régions sous-maxillaires, mais plus prononcés à droite. Ces ganglions seraient apparus au dire du malade il y a une douzaine de jours. Il y a huit jours, lorsqu'on l'a examiné à la clinique ils étaient, me dit-on, beaucoup moins volumineux.

On ne sent pas de ganglions dans la chaîne cervicale, ni dans la région sus-hyoïdienne médiane.

*
* *

Le 28 décembre, huit jours après mon premier examen, je revois le malade. La tumeur au niveau des incisives inférieures ne s'est pas notablement modifiée comme volume, mais elle est plus molle ; l'incisive latérale gauche paraît plus mobile et présente une coloration grisâtre qui ne paraissait pas exister antérieurement. Au niveau de la canine supérieure droite la tuméfaction gingivale qui existait déjà a notablement augmenté, le point de sphacèle s'est étendu, la dent est plus mobile ; il n'y a toujours pas de suppuration. De même, au niveau de la deuxième grosse molaire supérieure gauche, la tuméfaction palatine que j'avais constaté avait également augmenté de volume. A la pression, il s'écoulait un peu de pus séreux au collet de la dent.

D'une façon générale, les gencives paraissent plus tuméfiées et plus violacées qu'il y a huit jours. Je constate aussi une hypertrophie amygdalienne très prononcée surtout à

gauche où l'amygdale de ce côté touche la luette et occupe la moitié de l'isthme du gosier ; la moitié gauche du voile du palais est légèrement tuméfiée et présente une rougeur strictement localisée à la moitié gauche.

De nouveaux ganglions sont apparus depuis huit jours, un préauriculaire à droite, d'autres de chaque côté de la région occipitale surtout à gauche.

En présence de l'augmentation des tuméfactions gingivales et de l'ébranlement des dents j'enlevai la première prémolaire et la canine inférieure droites, la canine supérieure droite et la deuxième grosse molaire supérieure gauche. Cette dernière dent ne présentait macroscopiquement que des lésions de périodontite expulsive, sur les racines des deux canines, on constatait l'existence de fongosités volumineuses.

Le 4 janvier, huit jours après les nouvelles extractions, je revois le malade, l'état de sa bouche ne s'est pas sensiblement modifié. De nouveaux ganglions sont perçus dans la région sus-hyoïdienne médiane, les autres ganglions ont un peu augmenté et sont un peu douloureux à la pression.

J'avais quelque temps avant prélevé un petit fragment de la tumeur inférieure dont le Dr Georges Rosenthal a bien voulu faire l'examen, voici la petite note que celui-ci a eu l'amabilité de me remettre à ce sujet.

« A un examen superficiel la coupe montrait un ensemble de petites cellules pressées les unes contre les autres sans trame appréciable qui simulait le bourgeon charnu ; mais avec des colorations fines et de forts grossissements, la configuration anormale du noyau et les figures trop nombreuses de structure irrégulière fait dépister la nature des plus malignes de la tumeur. »

Le 11 janvier, je revois le malade, il paraît affaibli, son faciès est pâle, il se plaint de faiblesse générale, n'a plus du tout d'appétit. L'induration ganglionnaire a augmenté partout, on trouve des ganglions dans les deux régions sus-claviculaires et dans les deux aisselles. Les tumeurs buccales sont plus étalées et très ramollies, elles sont comme géla-

tineuses. Les amygdales ont augmenté encore de volume, l'amygdale gauche dépasse maintenant la ligne médiane et refoule la luette à droite.

Quelques jours après ce dernier examen, le malade de plus en plus affaibli entrait à l'hôpital où il succombait un mois après à des accidents néoplasiques généralisés.

*
* *

Il s'agit là d'une néoplasie à marche extrêmement rapide et rare. Le début a été très nettement buccal et, déjà dès les premiers accidents, généralisé à plusieurs points de la bouche éloignés les uns des autres.

Pendant le mois où j'ai pu suivre ce malade, j'ai vu, comme vous le montre mon observation, les lésions se transformer et s'étendre à vue d'œil. D'inflammatoires qu'elles paraissaient être tout à fait au début elles prirent très rapidement un caractère néoplasique malheureusement confirmé par l'examen histologique ; je vis durant le même temps le malade qui, au début, avait les apparences d'une assez bonne santé, s'affaiblir très rapidement et il a succombé à la généralisation néoplasique, quatre mois après l'apparition des premiers accidents du côté de la bouche.

Il s'agit malheureusement là d'une de ces formes de néoplasmes qui, par leur rapidité d'évolution, se trouvent au-dessus des ressources de l'art ; néanmoins il m'a paru intéressant de vous soumettre cette observation en raison de la rareté du cas, en ce qui concerne les tumeurs buccales.

REVUE DES REVUES

DEUX CAS D'HYPERTROPHIE GINGIVALE GÉNÉRALISÉE CONGÉNITALE ET FAMILIALE

Par TH. RAYNAL, de Marseille.

(Communication à la Société d'Odontologie, 1er février 1910.)

Au mois de mars 1908, se présentait, à l'Hôtel-Dieu, un malade porteur d'une hernie épigastrique. Ce malade venait demander à être soulagé de la gêne et des douleurs dont cette infirmité était la cause.

Admis dans un des services de chirurgie, on décida de l'opérer et ce n'est que sur le point de commencer l'anesthésie que l'on remarqua l'étrange affection dont le sujet était porteur.

Jusqu'à ce moment il n'avait pas cru devoir s'en plaindre et la luxuriance de sa barbe en avait dissimulé la présence.

Les gencives, gonflées et énormes, empêchaient les lèvres de se joindre et cachaient presque en totalité la partie coronaire des dents.

C'est grâce à l'obligeance de M. le professeur Delanglade, dans le service duquel le malade avait été placé, que nous avons eu la bonne fortune de pouvoir examiner pour la première fois un cas semblable.

Après avoir porté le diagnostic de gingivite hypertrophique, — terme emprunté à la classification de Magitot, — la rareté du cas et les caractères familiaux et héréditaires qui l'accompagnent nous ont engagé à en publier l'observation.

Des recherches bibliographiques auxquelles nous nous sommes livré, il résulte que cette bizarre affection constitue une rareté pathologique, car la science n'a encore enregistré que cinq fois un cas analogue.

Une fois, seulement, l'observation est rapportée de trois enfants de la même famille atteints de la même affection, ce qui porte à six le nombre des cas que nous avons pu retrouver.

Dans un cas, constaté par Syme, les deux mâchoires du sujet étaient affectées, tant à droite qu'à gauche. Le malade, adulte, refusa d'être opéré, et, par la suite, l'opération n'eut pas lieu d'être imposée, car l'affection ne croissait qu'avec une extrême lenteur.

Pollock [1] (de Londres) fut amené à opérer un cas analogue à

1. TOMES. — *Traité de Chirurgie dentaire*, 1873.

cause de la déformation inesthétique de la face qui en était la conséquence. Voici le résumé de l'observation qu'a donnée du cas précédent M. Salter.

« Cinq semaines après la naissance, six dents apparurent et l'on remarqua que les gencives étaient épaisses et boursouflées. A l'âge de 2 ans, toutes les dents de lait furent extraites et les gencives cautérisées.

» L'enfant fut admise à l'hôpital Saint-George, à 8 ans ; elle était remarquable par un développement anormal des cheveux, qui avaient poussé très bas sur le front, en avant des oreilles et sur les joues. Une masse rosée assez volumineuse pour ne pouvoir être recouverte par les lèvres se projetait hors de la bouche ; elle avait une apparence lobulée peu distincte ; sa surface était dense, insensible, comme cutanée. La masse la plus considérable naissait de la mâchoire supérieure qui recouvrait le maxillaire opposé et semblait l'envelopper.

» La production fut emportée à l'aide du bistouri et des cisailles, en plusieurs opérations successives.

» Elle montra une légère tendance à récidiver. Dans la structure de la masse entrait une hypertrophie du bord alvéolaire, en même temps qu'un immense épaississement de la portion fibreuse de la gencive et un développement exubérant des papilles.

» La saillie antérieure qu'elle faisait à la mâchoire supérieure était de près de 2 centimètres à partir de la marge alvéolaire.

» Celles des dents de lait qui n'avaient pas été enlevées étaient enfouies profondément dans la masse, cependant les premières molaires permanentes avaient fait leur apparition, et les secondes molaires temporaires inférieures étaient visibles, parce que l'hypertrophie n'était pas aussi grande au fond de la bouche.

» Les racines se trouvèrent au fond de leurs alvéoles ; quant aux couronnes, elles étaient emprisonnées dans des espèces de sacs séreux, au milieu du tissu fibreux dense et n'avaient pas de muraille osseuse autour d'elles.

» L'une des incisives centrales supérieures se trouvait à près de 2 centimètres et demi de la surface. Les dents permanentes étaient extrêmement volumineuses — les incisives dépassaient en grosseur tout ce qu'avait encore vu jusque-là M. Salter dans une bouche de sujet du sexe féminin — et leurs cryptes osseuses ne s'étaient pas résorbées dans l'étendue que l'on observe ordinairement à l'âge de la malade.

» L'épithélium s'était converti en un épiderme dur et épais, au-dessous duquel se trouvaient des papilles d'une longueur énorme, allant jusqu'à 4 ou 6 millimètres ; cette production papillaire était en harmonie avec le volume des dents, l'exubérance de la chevelure grossière, l'épaisseur de la peau et autres signes indiquant une tendance à l'hypertrophie tégumentaire. »

Tomes[1] dit avoir observé un malade « strumeux, à moitié idiot, âgé d'environ 13 ans, et dont l'apparence ne permettait pas de douter que la maladie ne fût une manifestation de la diathèse scrofuleuse. Les deux maxillaires, dit-il, offraient une hypertrophie considérable de la région alvéolaire, qui se projetait, en haut, à la mâchoire inférieure et, en bas, à la mâchoire supérieure, poussant devant elle une gencive rouge et épaissie, et cachant dans le sillon formé par les côtés lingual et labial de la saillie hypertrophique les surfaces correspondantes des dents ».

Dans un quatrième cas observé par Heath[2], il s'agissait d'un enfant du sexe féminin à la naissance duquel on remarqua le volume anormal des gencives.

Les dents de lait firent éruption régulièrement et à 4 ans la tumeur avait pris de telles proportions que l'on tenta, à l'aide de caustiques, d'en réduire le volume.

Malgré cette thérapeutique, on dut, à 10 ans, l'opérer de nouveau en enlevant non seulement les dents cachées par l'hypertrophie, mais encore la partie hypertrophiée, ainsi que les bords alvéolaires.

Ce traitement n'empêcha pas la malade de se représenter plus tard, une nouvelle fois, au chirurgien, à l'âge de 29 ans. A cette époque, la masse hypertrophique couvrait les deux mâchoires et se trouvait en relief tant du côté jugal que du côté palatin ou lingual. En certains endroits la masse était lobulée, et lisse en certains autres. D'énormes papilles la rendaient en certains points très rugueuse.

L'opération se fit au bistouri et à la pince de Liston, en trois séances. L'hémorragie, notable, cessa sous l'influence du cautère actuel.

Après l'opération la malade pouvait refermer la bouche et les traits avaient repris leur harmonie.

L'examen histologique montra qu'il n'y avait que du tissu fibro-muqueux hypertrophié. Certaines papilles atteignaient jusqu'à 12 millimètres.

Heath a rapporté encore deux autres cas semblables, ce qui porte à six le nombre des observations d'hypertrophie générale.

Comme on le voit, les cas sont fort rares et cette rareté de l'affection fait qu'elle est signalée plutôt que décrite et étudiée dans les classiques.

Magitot[3] la cite et dans la classification des gingivites il la place dans la classe des gingivites chroniques.

---

1. Tomes. — *Loc. cit*, p. 408.
2. M. Gillivray. — *Australian Medical Journal*, août 1871.
3. Dechambre. — *Dictionnaire d'encyclopédie des Sciences médicales*, 1884 : art. *gencives*, par Magitot.

Commentant les observations précitées, il croit remarquer que les sujets avaient dépassé l'âge de 35 à 40 ans. Il la croirait plus fréquente chez la femme que chez l'homme.

Bontemps [1] signale cette forme de gingivite et se borne à résumer sur ce point l'opinion de Magitot à propos des observations de Salter, Gross et Mac-Gillivray.

Pour lui, il considère cette forme rare de gingivite comme l'une des étapes, « si l'on veut, la dernière des phases suivies par le processus inflammatoire dans la gingivite chronique ».

Le premier malade que nous avons rencontré est un nommé P... J..., âgé de 64 ans, tonnelier. Il entre, le 26 mars 1908, à l'Hôtel-Dieu de Marseille, pour une hernie épigastrique dont il demande à être opéré. C'est à ce moment que l'on constate l'étrange affection dont il est porteur.

Antécédents héréditaires et collatéraux. — En l'interrogeant sur ses antécédents familiaux, nous apprenons que sa grand'mère maternelle était porteuse de cette affection, sa mère en était aussi atteinte. Son père en était indemne ; il est mort d'hémorragie cérébrale.

Le malade a un frère de dix ans plus âgé que lui et né, comme lui, avec la même infirmité.

Ce frère a deux enfants, un fils et une fille. L'un et l'autre ont de l'hypertrophie gingivale.

Il ne nous a pas été possible d'observer la fille qui habite l'étranger. Mais l'observation et les photographies du fils seront jointes à celles de l'oncle.

Quant à celui-ci, il a deux filles, dont l'une seulement présentait l'hypertrophie localisée aux gencives. Elle mourut d'ailleurs, à 4 ans, de variole.

Antécédents personnels. — Le malade déclare avoir toujours eu les gencives très grosses. Toutefois, lorsqu'il était enfant, la lésion était bien moins volumineuse. Lentement, mais constamment, l'hypertrophie s'est poursuivie jusqu'à aujourd'hui. Il n'a jamais été gravement malade, déclare avoir eu « les fièvres » dans son enfance, nie toute syphilis et, à part les troubles dus à sa hernie épigastrique, ne se plaint pas d'autre chose que d'une vieille pharyngite chronique.

Examen somatique. — Stature un peu au-dessus de la moyenne, poids 85 kilogs, rien à noter dans son habitus. Les articulations sont normales, bien que le sujet soit rhumatisant. On n'observe ni atrophie, ni hypertrophie musculaire.

Facies. — Etat général. — Le facies et le regard sont assez intelligents. Le crâne est légèrement allongé dans le sens antéro-postérieur. Le nez est notablement plus gros que normalement, et on pourrait, au premier abord, le croire atteint de rhinosclérome. Le pavillon des oreilles est remarquable par sa dimension, qui, en hauteur atteint 9 centimètres.

Les mains sont assez grosses et ses doigts sont légèrement spatulés.

---

1. Bontemps. — *De la gingivite.* Thèse Paris, 1880.

Ses pieds sont assez forts aussi et mesurent 0^m36 de longueur. L'état général est bon. Le sujet ne se plaint que de vagues douleurs au niveau de son ancienne hernie.

Téguments et dépendances. — Les téguments sont jaunâtres, le système pileux est brun mêlé de gris, le crâne est normalement couvert. A peine note-t-on une calvitie commençante. La barbe est bien fournie ainsi que les moustaches, il en est de même pour le pubis et les aisselles. Mais partout ailleurs les téguments sont parfaitement glabres.

La poitrine notamment est absolument dépourvue de poils.

Les ongles sont cassants, rayés de striations parallèles et brisés irrégulièrement sur leurs bords libres.

Sur le corps on ne remarque pas de cicatrices anormales autres que celles laissées dans la région épigastrique par l'intervention opératoire.

Appareil circulatoire. — Le cœur est normal ; les artères sont un peu dures et sinueuses ; le pouls est très ralenti : 50 pulsations à la minute.

Il n'y a pas de varices et on ne note pas de ganglions ailleurs que dans la région sous-angulo-maxillaire.

Appareil respiratoire. — Il y a un léger degré d'emphysème perceptible à l'auscultation et le sujet accuse une facile dyspnée d'effort. Le corps thyroïde n'est pas hypertrophié.

Appareil digestif. — La bouche présente un aspect particulier dû à la lésion gingivale décrite d'autre part. Les joues, les gencives, la langue, la voûte et le voile du palais sont normaux, un peu congestionnés peut-être, mais cette congestion doit être mise sur le compte du tabac dont le sujet fait un grand usage.

L'haleine est fétide. Les glandes salivaires sont normales, les amygdales sont assez grosses.

Les digestions sont laborieuses. La nuit, le malade a de fréquents cauchemars.

Le foie est normal. Le ventre est souple, quoique la constipation soit de règle.

Appareil urinaire. — Les mictions sont très fréquentes et l'abondance des urines n'est pas en rapport avec le nombre de ces mictions. Les urines sont claires et normales.

Appareil génital. — Ne présente rien de particulier à noter. Pas d'infantilisme.

Appareil nerveux. — De l'avis même du sujet, il y aurait diminution de la force musculaire.

L'élocution est un peu gênée, mais cette gêne doit être mise sur le compte de la difficulté d'articulation des consonnes par la langue et les lèvres, gênées dans leurs mouvements par la lésion gingivale.

La sensibilité tant objective que subjective n'a pas varié, non plus que l'état des réflexes.

On n'observe pas de tremblements anormaux. Il n'y a pas de tics faciaux.

Organes des sens. — Le malade ne se mouche presque jamais, ce qui ne l'empêche pas de sentir normalement les odeurs.

Le goût est intact.

L'ouïe est un peu dur depuis quelque temps.

Il y a un peu d'hémianopsie, dont le sujet rapporte la cause à son âge.

Paraît jouir de toutes ses facultés psychiques et est d'humeur très régulière ; on lui accorde un bon caractère.

Examen de la lésion buccale. — La lésion gingivale se présente sous la forme d'un épais bourrelet occupant toute la surface des bords alvéolaires supérieurs et inférieurs, tant du côté interne que du côté externe.

Il n'y a et il n'y a eu aucune douleur. Ce bourrelet varie d'aspect selon la région où on l'examine. Il a une consistance fibreuse et offre, au toucher, une dureté en tous points semblable à celle de la gencive saine.

A peu près lisse du côté en contact avec les joues, il prend, vers la partie labiale, l'aspect granuleux d'une mûre.

En effet, à cet endroit, la surface du bourrelet est constituée par une multitude de petites sphères confluentes formées vraisemblablement par les grosses papilles, elles-mêmes hypertrophiées, que Serres avait cru pouvoir décrire comme globules glandulaires gingivaux.

Certaines de ces petites sphères peuvent être soulevées. Elles se montrent alors pédiculisées et, lorsqu'on les laisse retomber, reviennent prendre place dans une sorte de loge cupuliforme où elles disparaissent à demi.

Par endroits et sans qu'il y ait à cela un ordre apparent, de profondes incisures séparent des lobes mûriformes. Le bourrelet est constitué par une suite de ces lobes.

La tumeur est absolument et exclusivement limitée aux rebords alvéolaires ; elle s'arrête et suit la ligne qui marque la limite entre la joue et la gencive. En aucun point elle n'empiète dans le cul-de-sac gingivo-génien sur la muqueuse de la joue.

Débutant au niveau de la tubérosité du maxillaire supérieur droit, l'hypertrophie cache, dès ce moment, la dent de sagesse et laisse paraître la face triturante de la 2 G. M. branlante et baignant dans du pus. La 1 P. M. paraît manquer. Puis, déviées et chancelantes, on reconnaît la pointe occlusale des prémolaires, canines et incisives.

Du côté génien, la tuméfaction a environ un centimètre d'épaisseur perpendiculairement au plan de la gencive normale.

Du côté palatin, dans le même sens, elle atteint au moins un centimètre et demi. La hauteur de ce bourrelet est d'environ 2 centimètres. L'épaisseur va croissant de la tubérosité à la ligne médiane, où elle atteint près de 2 centimètres, projetant la lèvre supérieure en avant et empêchant sa jonction avec sa congénère opposée.

Du côté droit, les dents qui branlent empêchent le malade de manger. Le côté gauche reproduit absolument le même aspect que le côté droit, mais les dents sont en place, de la dent de sagesse à l'incisive centrale. Ces dents sont saines, paraissent solides et bien plantées,

mais n'émergent pas de plus de 2 millimètres des masses hypertrophiées.

En bas, à droite, la face triturante de la dent de sagesse se montre entourée d'un bourrelet hypertrophique qui se continue en avant avec les mêmes caractères qu'au bord alvéolaire opposé. Toutes les dents sont en place, sauf deux.

Du côté gauche, le bord alvéolaire externe paraît être le moins touché par le processus. Les dents y sont au complet. Déviées, mais solides encore, elles servent à la mastication.

Entre les deux bourrelets internes en haut, il y a une bande de tissu sain qui montre la muqueuse palatine absolument normale en tous points.

Dans la position d'occlusion des maxillaires ces bourrelets laissent sur leur partie linguale une sorte de cavité où la langue vient se loger.

Du côté où le sujet mange, la tuméfaction est dure et ligneuse ; du côté, au contraire, où il ne mange pas, il y a du pus et des lobes sont mollasses, fongueux et flottants.

La mastication se fait, en effet, du côté gauche, sur ces masses denses et fibreuses beaucoup plus que sur les dents qu'elles recouvrent.

La surface irrégulière du bourrelet du maxillaire inférieur s'engrène avec la surface irrégulière de la tumeur du côté opposé : un creux correspondant à une bosselure. De même, le peu qui paraît de la face triturante des dents pénètre et se moule dans une cavité creusée à son niveau dans les masses du bord alvéolaire antagoniste.

Le malade ne se plaint pas cependant et ne paraît pas être gêné le moins du monde dans sa mastication par cet état.

De temps à autre toutefois, sous des causes diverses, du froid notamment, sa bouche subit une atteinte inflammatoire qui occupe surtout toute l'étendue des bords gingivaux. Le malade sait, selon son expression, qu'il a « l'infection » et il sait aussi qu'il doit faire de fréquents lavages antiseptiques d'eau oxygénée diluée, qui le guériront en quelques jours.

Pendant cette période phlegmasique il y a une gêne notable pour mâcher et le volume des gencives paraît encore augmenter. La salive est fétide et striée de sang et le malade accuse une sensation de chaleur intense dans toute la bouche.

Mais même lorsque la gencive n'est pas enflammée, il y a de la déformation faciale.

Dans la position d'occlusion des mâchoires, en effet, les lèvres sont projetées en avant, et la phonation est gênée surtout pour l'émission des sifflantes et des labiales.

Notre ami M. Weill, chef de laboratoire de M. le professeur Alezais, a bien voulu se charger de l'examen histologique d'un fragment de biopsie ; nous ne saurions mieux faire que de transcrire ici textuellement le résultat de son examen.

« *Examen histologique de la pièce 1567. Hypertrophie des gencives.*

» Cette hypertrophie est due surtout à la prolifération du tissu conjonctif sous-muqueux. Au-dessous d'un épithélium pavimenteux stratifié à cellules normales bien colorées et d'une couche malpighienne



Fig. 1. — Profil facial de J. P....

Fig. 2. — Aspect des arcades dentaires à l'état d'occlusion.

On remarque que la partie coronaire des dents est entièrement cachée par les masses hypertrophiées : le peu qui saille des dents du bas s'enfonçant dans le bourrelet supérieur et inversement.

Fig. 3. — Aspect de la mâchoire inférieure.

Le bourrelet est en saillie en avant de plus d'un centimètre.

Fig. 4. — Aspect de la mâchoire supérieure.

On voit nettement l'aspect mûriforme de l'hyperplasie.

régulière et continue, on trouve du tissu conjonctif lâche, formé de cellules rondes et de jeunes fibres conjonctives. Ce tissu jeune, lâche, à mailles espacées, est entrecoupé d'un réseau de fibres conjonctives adultes bien formées et prenant bien les réactifs colorants. Par endroits, ce tissu adulte se trouve même sous une épaisseur assez considérable, formant ainsi de grosses travées fibreuses qui parcourent la préparation.

» Des vaisseaux à parois assez épaisses sont disséminés un peu partout, mais ne sont pas distendus par le sang. Pas d'hémorragie entre les faisceaux conjonctifs.

» Toute la préparation est remplie de petites cellules embryonnaires, en particulier dans les points où le tissu conjonctif est particulièrement lâche et surtout sous la muqueuse.

» Peut-être y a-t-il eu, au niveau de cette muqueuse, une porte d'entrée qui a donné lieu à l'infiltration dans le tissu sous-jacent des espèces microbiennes de la cavité buccale, ce qui a donné lieu à cette diapédèse intense qui se remarque dans la préparation. »

Malgré la légère gêne ressentie par le malade, celui-ci vit fort bien avec son affection et il refuse de s'en laisser débarrasser.

Nous ne pouvons que regretter très vivement l'obstination du malade à ne pas vouloir se soumettre, non plus que son neveu, à l'examen radioscopique, car une épreuve photographique obtenue par ce procédé nous eût fourni de précieux renseignements sur l'état de son squelette cranio-facial.

Le second sujet que nous avons pu examiner est le neveu du précédent.

F... P... est âgé de 11 ans. Son grand-pére n'avait rien de particulier au point de vue gingival Sa grand'mère avait de l'hypertrophie, mais sa mère n'en avait pas. Sa sœur, âgée de 15 ans, a, paraît-il, les gencives semblables en tous points aux siennes.

C'est quelques jours après sa naissance qu'en examinant sa bouche on constata qu'il avait déjà les gencives anormalement volumineuses.

Antécédents personnels. — Dans ses antécédents personnels nous notons une rougeole à 4 ans et la varicelle à 6 ans.

Examen somatique. — Le sujet présente la taille moyenne d'un enfant de 11 ans. Les articulations sont normales, il n'y a pas de disproportions à noter, ni de déformations squelettiques.

Le facies est nettement celui d'un adénoïdien et le crâne est allongé d'avant en arrière.

L'état général est assez satisfaisant.

Rien à noter dans son système tégumentaire, où il n'y a pas trace de cicatrice.

Le sytème pileux, couleur châtain clair, est assez développé.

Appareil circulatoire. — Le pouls bat à 90 pulsations à la minute. Rien au cœur. Les artères sont souples, les veines normales. On perçoit quelques ganglions sous et rétro-maxillaires. Pas de ganglions ailleurs.



Fig. 5. Aspect de la mâchoire supérieure du jeune F. P...

Fig. 6. Profil facial de F. P...

Fig. 7. Vue d'une des mains de J. P...

Fig. 8. Aspect de la mâchoire inférieure du jeune F. P...

Appareil respiratoire. — L'appareil respiratoire est douteux. L'enfant est sujet aux trachéo-bronchites. Pas de lésions pulmonaires appréciables pour le moment.

Par suite de la béance de la bouche, sa respiration est bruyante.

Appareil digestif. — L'appareil digestif n'offre rien de pathologique à signaler, seules les lésions gingivales sont intéressantes à détailler. La gencive est, en effet, très appréciablement hypertrophiée.

Cette hypertrophie n'est pas localisée, mais, au contraire, occupe toute l'étendue des bords alvéolaires, tant au maxillaire supérieur qu'au maxillaire inférieur, tant en haut qu'en bas.

Mais si ce caractère de généralisation est commun avec l'observation précédente, le volume de la néoformation est notablement moindre. L'aspect de la lésion est légèrement différent.

Ici, la lésion n'a pas encore l'apparence granuleuse mûriforme observée chez le sujet précédent.

Elle se présente sous forme de bosselures nodulaires, très dures au toucher, absolument indolores et recouvertes d'un épithélium en tous points semblable au revêtement gingival normal.

Ces lobules sont séparés par des vallées profondes d'environ 1 millimètre et il existe un espace à peu près égal entre chacun d'eux. Leur surface est très lisse.

En deux ou trois points seulement on voit paraître un piqueté de petites granulations saillantes rappelant les grains mûriformes notés dans la première observation.

A la palpation de la région, on a l'impression que, seule, la partie alvéolaire des maxillaires est touchée par l'hypertrophie.

Les dents sont au complet, mais déviées, quoique solides. L'engrènement interdentaire se fait d'une façon très irrégulière.

Il ne nous a pas été possible d'observer les autres membres de la famille porteurs de cette singulière affection. Cependant, si nous en croyons les dires des malades que nous avons pu examiner, la lésion présenterait nettement un caractère héréditaire, car, en effet, nous en constatons constamment la présence dans la ligne directe et dans cette ligne seulement.

Le caractère congénital est également à peu près certain, les dires du premier malade trouvant une confirmation très nette dans l'état du jeune F... P... et par la constatation que P... a faite de la présence de la lésion au lendemain de la naissance de ses enfants et de ceux de son frère.

Au point de vue étiologique, il est assez difficile d'attribuer une origine bien nette à cette affection.

Dans les commentaires des observations précitées les avis sont divergents.

Tout d'abord, étant donné le caractère congénital de l'hypertrophie, peut-on, comme l'a fait Magitot, qualifier cette lésion de « gin-

givite hypertrophique » ? Il nous a paru préférable, en l'absence d'un terme propre et d'un néologisme, de désigner les cas observés sous le nom d' « hypertrophie gingivale généralisée ».

Magitot dénie la qualité d'entité morbide à ce qu'il appelle la gingivite hypertrophique et il en fait une transformation, un mode de terminaison d'une phlogose chronique et localisée. Dans cette hypothèse sa dénomination est correcte.

Mais il nous paraît difficile de concilier cette conception avec le caractère congénital observé ici et nous ne voyons pas bien comment on pourrait admettre la naissance d'un enfant avec une lésion secondaire à une affection très chronique, affection qui, elle-même, au surplus, nous échapperait absolument.

En outre, de ce que le premier malade ne présente pas des signes bien nets d'arthritisme, nous ne pouvons pas, chez le neveu, invoquer la goutte et le rhumatisme chronique dont Magitot faisait un important facteur étiologique.

Le malade de Salter présentait des phénomènes épileptoïdes, celui de Mac-Gillivray était scrofuleux, et ce dernier avait noté la coïncidence de sa lésion avec une notable hypertrichose.

En somme, jusqu'à présent, personne n'a donné une étiologie satisfaisante de l'hypertrophie gingivale généralisée, et notre but, en écrivant ces lignes, est plus de signaler une lacune que de la combler.

La coïncidence de certains signes très nets d'acromégalie que nous avons relevés chez le malade qui fait l'objet de la première observation, nous donnerait une tendance à placer cette trophose sous la dépendance d'une lésion quelconque de la glande pituitaire.

Remarquons que Pollock avait déjà noté, chez un malade : « l'exubérance de la chevelure grossière, l'épaisseur de la peau et autres signes indiquant une tendance à l'hypertrophie tégumentaire. »

Il est évident que le caractère familial de ses lésions pourrait peut-être combattre, dans le cas particulier, l'hypothèse hypophysaire. Mais ne peut-on pas admettre qu'une lésion pituitaire soit elle-même familiale et transmissible ?

Une lésion squelettique de la selle turcique ne pourrait-elle pas aussi bien qu'un néoplasme (comme ceux qui ont déjà été observés en d'autres circonstances) provoquer les manifestations acromégaliques que nous avons cru relever ? Ceci posé, rien ne s'oppose à laisser admettre que la transmission héréditaire de la même cause arrive, par le même mécanisme, à produire les mêmes effets.

Il est intéressant de noter, à l'appui de cette idée, le ralentissement du pouls observé chez le premier malade. Bien qu'on ne puisse retrouver chez lui le syndrome de Stokes-Adam, on ne lui compte que 50 pulsations par minute. Ne pourrait-on pas voir, dans ce fait, la preuve d'une excitation du pneumogastrique par la présence d'une

lésion quelconque dans la région hypophysaire au voisinage de laquelle naît le nerf modérateur du cœur ?

Cette hypothèse de l'origine pituitaire de l'hypertrophie gingivale dont sont porteurs nos sujets demanderait évidemment à être confirmée, mais en l'état de nos connaissances elle est, à notre avis, la seule qui puisse expliquer l'origine et le caractère héréditaire et congénital de cette affection aussi curieuse que rare.

(Extrait du *Marseille-Médical*, n° 19, 1909.)

TRAITEMENT DES DENTS TEMPORAIRES

Par O. V. King, de Huntington (Etats-Unis).

Dans le traitement des dents temporaires les matières obturatrices sont nécessairement limitées à celles d'une insertion facile et chaque cas exige un examen attentif, car une matière obturatrice n'est jamais parfaite pour chaque cavité et parfois il vaut mieux insérer une obturation provisoire que lasser la bonne volonté du patient. Quand les cavités sont sur la face proximale des incisives, elles sont ordinairement très sensibles et peu profondes et l'opérateur est empêché d'assurer une bonne rétention : employer alors l'oxyphosphate de zinc qui reste habituellement en place jusqu'à l'éruption des dents permanentes ; mais dans les cavités des canines, surtout sur la surface distale, obturer avec de l'amalgame, car ces dents ne tombent pas d'aussi bonne heure.

Dans les cavités qui sont seulement superficielles, quelques-uns des meilleurs praticiens nettoient la surface et appliquent du nitrate d'argent. Quand l'enfant est jeune et nerveux et qu'il est nécessaire d'excaver largement pour introduire l'obturation, ce procédé peut être employé et les cristaux pulvérisés sont mis en place sur un fil de platine et maintenus en position quelque temps : de cette façon la carie est arrêtée. Mais les séances doivent être renouvelées souvent et si cette méthode a quelques avantages, dans la plupart des cas, avec les mêmes efforts, on pourrait faire une obturation.

Quand on obture les molaires temporaires, songer qu'elles doivent demeurer quatre ou cinq ans après la chute des incisives et faire une obturation aussi durable que possible. J'obture les cavités simples de la face occlusale avec de l'amalgame ; mais si la cavité ne peut pas être préparée convenablement, j'emploie de l'oxyphosphate de cuivre celui d'Ames de préférence. Celui-ci est non conducteur, fort antiseptique et dans bien des cas je n'ai fait que préparer le bord de la cavité et l'obturer. J'ai noté bien des dents obturées avec cet oxyphosphate et, tandis que le ciment avait presque complètement disparu, la

carie ne récidivait pas. On peut l'employer quand la pulpe est presque exposée si l'on a soin de ne pas exercer trop de pression. Son goût est désagréable, mais on peut y obvier avec un peu de pratique.

Les cavités proximales des molaires sont les plus difficiles à obturer ; mais avec une rétention convenable, obturer avec l'amalgame ou, si la dent est trop sensible, avec du ciment à l'oxyphosphate de cuivre. Dans les cas où il y a lieu de temporiser, au lieu d'employer la gutta, dont les remplacements fatiguent le sujet, je dévitalise et j'enlève la pulpe, puis je procède à l'obturation permanente avec de l'amalgame.

Pour dévitaliser j'emploie l'arsenic. Si on l'applique avec soin en le laissant dans la cavité de 36 à 48 heures, on évite l'ennui d'applications répétées d'acide phénique et je n'ai pas constaté de mauvais effets. L'anesthésie par pression a l'inconvénient qu'on peut difficilement protéger les tissus de la bouche pendant le temps voulu contre la cocaïne par exemple, car celle-ci, comme tous autres médicaments, venant au contact de la muqueuse, peut produire une prévention chez l'enfant contre l'intervention du dentiste.

Pour les molaires sans pulpe, même procédé et même soin que pour les dents permanentes ; le traitement des dents abcédées peut être rendu très simple et couronné de succès avec les mêmes agents que pour les dents permanentes dans le même état. Procéder à l'obturation permanente de la cavité pulpaire et des canaux radiculaires avec une pâte ou un ciment, mélangé à des médicaments pour les rendre aseptiques. Quelques confrères distingués ont du succès en obturant ces cavités et ces canaux avec du coton iodoformé.

Peu importe la matière obturatrice : la résorption se produit de la même façon, et cette affirmation repose sur l'expérience clinique. Il y a quelques jours, j'extrayais des dents dont la racine était obturée et je ne trouvai rien que la couronne reposant sur la gencive et je savais que ces canaux radiculaires avaient été obturés trois ans auparavant. Cette résorption peut ne pas être aussi rapide, mais elle a lieu et si la nature résorbe une ligature ou la racine d'une dent permanente réimplantée, pourquoi ne résorberait-elle pas une racine temporaire traitée et obturée ?

N'hésitez pas à obturer parfaitement les canaux radiculaires, car vous pouvez faire plus de mal que de bien si vous introduisez des matières obturatrices par l'apex de la racine.

Je n'ai pas d'autre règle fixe pour l'extraction des dents temporaires que la suivante : quand une dent est une cause d'irritation, affectant la santé d'un enfant, et ne cède pas promptement au traitement, je l'extrais.

Faites aussi bien que vous pouvez et soyez bon, telle doit être votre ligne de conduite à l'égard des dents temporaires et de leurs possesseurs. (*Dental Summary*.)

CONSEILS POUR LA MANIPULATION DES CIMENTS AU SILICATE

Par Burton Lee Thorpe.

Appliquer la digue toutes les fois qu'on emploie l'émail artificiel, qui est une porcelaine chimique ; cet émail convenablement malaxé et durci donne exactement le même résultat que la fusion par la chaleur des constituants d'une dent de porcelaine.

Préparer toutes les cavités avec la même rétention en forme de boîte que pour une aurification. Les ciments au silicate ne sont pas aussi adhésifs que les oxyphosphates de zinc ou de cuivre. Les angles carrés et les fonds plats sont essentiels pour le succès.

Ne pas obturer avant le nettoyage de la cavité par l'alcool ou le chloroforme suivi de dessiccation complète.

La propreté et la siccité absolues des mains, instruments, baguette et cavité est essentielle car la porcelaine chimique est très délicate.

Ne pas se servir de la même plaque pour malaxer le borax, l'oxyphosphate de zinc, l'oxychlorure de zinc, le ciment de cuivre, les pâtes pour canaux, etc. Employer une plaque spéciale, de préférence en bois pétrifié, en agate, en verre, ou en céramique, pour le ciment au silicate seulement. Employer toujours une spatule d'agate. La décoloration de certains ciments au silicate peut être attribuée à l'emploi d'une plaque qui a servi à malaxer d'autres ciments avec une spatule d'acier. La combinaison de l'acide phosphorique et de la spatule d'acier laisse sur la plaque une trace de phosphate de fer qui imprègne le silicate et peut amener la décoloration.

Ne jamais employer une spatule d'acier pour malaxer ni des instruments d'acier pour introduire les silicates, sans quoi l'échec est certain. Les instruments en agate, en os, en celluloïd ou en bois dur sont indiqués.

Ne pas employer la vaseline. Avec de l'habileté et un peu de peine on peut introduire le ciment sans lubrifier les instruments. En faisant le contour et en finissant les bandes ou disques peuvent être légèrement graissés avec du beurre de cacao en quantité suffisante pour porter un peu de la poudre dont le mélange est fait. L'emploi de la vaseline a décoloré plus d'obturations que toutes les autres causes combinées.

Tasser l'obturation après qu'elle a été complètement malaxée contre les parois de la cavité solidement et dans les points de rétention avec soin, les silicates ayant peu de propriétés adhésives. Ne pas introduire le ciment quand il est de consistance crémeuse, mais le malaxer

à fond et le manipuler rapidement. Finir, si possible, le contour et les bords au moment de l'insertion et avant la prise complète, ce qui donne un aspect poli comme celui de la porcelaine.

Ne pas laver la surface de l'obturation à l'alcool après son insertion juste avant d'enduire de paraffine. L'alcool est un dissolvant de l'acide phosphorique et il détériore la surface extérieure, ce qui lui fait perdre de sa densité et détruit dans une certaine mesure la transparence voulue.

Ne pas manquer, quand l'obturation a pris, ce qui demande 20 à 30 minutes, temps pendant lequel la digue doit rester en place, de couler un revêtement de paraffine fondue sur l'obturation, en ayant soin de ne pas l'enlever en retirant la digue. On obtient ainsi un revêtement imperméable à la salive pendant plusieurs heures, ce qui permet à la réaction chimique parfaite de se produire.

Ne pas employer de disques en papier de verre ou d'émeri, de pierres ou de fraises à finir, pour finir l'obturation. Avec du soin et de la délicatesse on évitera les bords débordants. Les disques en papier de verre ou en émeri et autres laissent des pores à la surface de l'obturation, ce qui provoque la pénétration des taches et la décoloration ultérieure. Si l'obturation a besoin d'être finie à la séance suivante, employer sur la pièce à main du tour une cupule de caoutchouc remplie de vaseline et de la poudre de ciment au silicate qui a servi à faire l'obturation. Cela fera reparaître la couleur naturelle et la transparence de l'obturation.

Ne pas faire de grands contours aux endroits où la mastication s'opère directement, sinon l'échec est presque certain.

(Dental Brief.)

REVUE ANALYTIQUE

Un cas de gingivite hypertrophique chronique. — L'hémophilie : son importance pour le dentiste. — L'auscultation du sinus maxillaire. — Angiome du maxillaire inférieur.

Un cas de gingivite hypertrophique chronique.

Le cas observé par l'auteur et qu'il suivit de près, peut être considéré comme typique étant donné qu'il existe peu de descriptions, et sur les neuf cas trouvés dans la littérature il y en a qui n'ont pas été suivis d'examen histologique.

La patiente, une jeune fille de 17 ans, observa au début un gonflement de la gencive ne lui occasionnant pas de douleur, et ne saignant pas au contact; le gonflement augmenta au point que la gencive vint couvrir les dents.

Deux mois après, quand elle vient consulter l'auteur, il constata des lambeaux hypertrophiés de la gencive, partant probablement des papilles interdentaires que l'on soulevait et séparait facilement des dents et ne saignant pas.

Quelques lambeaux présentaient une ligne de démarcation vers la gencive aux points où celle-ci n'était pas hypertrophiée ; mais généralement la gencive était hypertrophiée et d'une coloration rouge, bleuâtre, la muqueuse du sillon génien couverte de petits lambeaux que l'on pouvait soulever et qui lui donnait l'aspect écaillé.

La voûte palatine n'était pas atteinte. Au maxillaire inférieur le gonflement atteignait les papilles gonflées et se laissant détacher de la muqueuse. La muqueuse des joues et du pharynx était normale. Dents couvertes d'un enduit mou ; certaines dents branlantes ; à la pression les alvéoles laissaient suinter un liquide sanieux.

Les alvéoles donnaient impression de rugosité. On avait aussi l'impression que la paroi antérieure de l'alvéole était résorbée : les ganglions étaient légèrement tuméfiés.

D'après l'examen histologique il s'agit d'un processus inflammatoire chronique localisé au centre de la muqueuse, avec infiltration leucocytaire légère.

Le principal caractère est la présence des cellules rondes avec un noyau au milieu et une assez grande quantité de protoplasme qui prend une coloration foncée quand on le traite par le bleu de méthylène, cellules plasmiques (Plasmazellen) qui sont disposées autour des vaisseaux. Cette disposition rappelle un certain genre d'elephantiasis.

Le traitement préconisé jusqu'à maintenant dans les quelques cas cités en littérature était l'extraction des dents et la résection du bord alvéolaire.

L'auteur décida de faire le traitement tout en conservant les dents. Il détruisit les tissus hypertrophiés à l'aide du galvanocautère, les granulations avec du nitrate d'argent ou du chlorure de zinc. Les clapiers gingivaux furent dégagés du tartre qu'ils contenaient et aussitôt

que les plaies le permirent, on procéda au massage de la gencive avec de l'alcool ou d'autres astringents.

Pour les lavages de la bouche des dentifrices astringents sont recommandés ; comme médication interne l'iodure ou la liqueur de Fowler. En cas de récidive, la cautérisation est recommencée et on a soin de cureter les masses hypertrophiées jusqu'à l'os. Dans le traitement il faut compter surtout sur le procédé chirurgical avec le galvanocautère.

L'auteur exprime le désire que les dentistes veuillent bien noter et décrire les cas de gingivite hypertrophique chronique qu'ils pourraient avoir l'occasion d'observer. Il va sans dire qu'il ne faut pas négliger l'examen microscopique et étudier le rapport qui pourrait exister entre cette affection et la tuberculose et les affections de la glande thyroïde.

(*Deutsche Monatsschrift f. Zahnheilkunde*, juillet 1909.)

L'hémophilie ; son importance pour le dentiste.

L'auteur fait l'étude de l'hémophilie et cite les différents auteurs qui considèrent cette affection comme héréditaire, pouvant se rencontrer dans la même famille pendant plusieurs générations.

Le sexe féminin d'une famille hémophilique reste généralement indemne, mais il engendre des enfants hémophiliques ; l'homme en est atteint directement, mais l'affection s'éteint dans la même génération s'il a pris soin de contracter un mariage avec un membre d'une famille qui n'est pas hémophilique.

Sur l'étiologie de l'affection les opinions sont différentes ; quelques auteurs invoquent un défaut de coagulation du sang chez les malades, d'autres, une anomalie de structure des vaisseaux qui se manifeste par des ruptures des parois ; d'autres auteurs déclarent croire à la réalité des deux causes.

F. Simon suppose une altération des nerfs vasomoteurs unie à une diathèse rhumatismale.

D'après Virchov, le point de départ de la diathèse hémorragique serait la rate.

Immermann suppose qu'il s'agit d'une surproduction de sang unie à des vaisseaux dont les parois sont d'une finesse exagérée. Cette théorie est appuyée par le fait que les hémophiles rétablissent vite la perte de sang qu'ils ont subie.

Le Dr W. Koch prétend même que l'hémophilie serait une maladie infectieuse, le gonflement de la rate qui ne manque chez aucun des hémophiles, est un signe caractéristique des maladies infectieuses.

Les symptômes sont les ecchymoses et les hématomes selon que la cause mécanique (compression, coup) a été plus ou moins forte ; les hémorragies les plus fréquentes sont celles des muqueuses nasale, buccale et spécialement de la gencive, ces dernières ont été suivies souvent de mort ; plusieurs cas de différents auteurs sont cités.

L'auteur passe en revue tous les médicaments employés jusqu'à maintenant, la médication interne (ergotine, chlorure ou calcium), et la médication externe qui rarement a donné des résultats.

Le temponnement est le moyen le plus sûr, mais il faut l'employer méthodiquement.

La gaze iodoformée combinée quelquefois avec du Penghawar Yambi, rend de grands services. Avant de procéder au tamponnement il faut enlever tous les caillots à l'aide d'un jet d'eau assez fort, pour que la gaze iodoformée puisse entrer en contact direct avec les vaisseaux. S'il reste des caillots dans l'alvéole, ils jouent le rôle d'un corps étranger et empêchent la gaze iodoformée de produire son effet : celle-ci doit exercer une pression égale sur tous les points de la plaie.

On introduit une bande de gaze étroite et on forme un tampon en exerçant une forte pression, le tampon doit arriver au niveau de l'alvéole et en prenant soin de comprimer les bords gingivaux contre le tampon.

Plusieurs cas ainsi soignés dans le service du Dr Pertsel à l'Institut dentaire de Breslau ont donné de bons résultats.

(*Deutsche Monatsschrift*, juillet 1909.)

L'auscultation du sinus maxillaire.

Le diagnostic des collections liquides de l'antre d'Highmore n'est pas encore très aisé : la diaphanoscopie est sujette à des erreurs et la radiographie n'est pas à la portée de tous. Comme le conseille M. Mink, on pourrait donc suppléer à ces modes d'investigation ou compléter leurs données en recourant à l'auscultation du sinus.

L'appareil d'auscultation consistera en un simple tube de caoutchouc, long de 40 à 50 centimètres, portant à l'une de ses extrémités une olive perforée, destinée à s'adapter dans l'oreille, et à l'autre bout un otoscope. Pour ausculter on applique le pavillon de ce dernier à la surface de l'os, là où la chose est la plus facile, c'est-à-dire sur la fosse canine. A l'état normal et avec une respiration calme on entend un bruit amphorique typique, qui s'accentue avec le renforcement de la respiration. On peut se demander si ce bruit ne prend pas simplement naissance dans le nez ; mais, si l'on obture l'orifice du sinus maxillaire avec quelques petits tampons d'ouate imbibés d'eau, — étant supposé qu'il n'existe pas un orifice maxillaire accessoire — on constate que le bruit amphorique persiste, bien qu'atténué.

Si le sinus est rempli de liquide, on ne perçoit plus rien à l'auscultation. On peut s'en convaincre facilement, chez les sujets possédant un alvéole dont le fond communique avec le sinus. Par cet orifice on peut facilement remplir l'antre d'Highmore et, comme l'eau injectée y séjourne quelque temps, on constate la disparition complète du bruit respiratoire.

Par contre, une auscultation négative ne signifierait pas que la cavité fût pleine de liquide. En effet, on ne pourrait rien entendre, si la narine était bouchée par un polype, le gonflement de la muqueuse ou par n'importe quelle autre cause ; de toutes façons, il sera bon de réduire autant que possible les parois muqueuses du cornet inférieur par des attouchements d'une solution à la cocaïne-adrénaline. Les épaississements muqueux ou osseux des parois du sinus, qui accompagnent

l'empyème chronique, seraient également susceptibles de rendre l'auscultation négative. Il se pourrait cependant qu'en pareil cas on obtînt un bruit de clapotement en faisant incliner la tête de telle façon que le liquide de l'antre pût s'écouler dans les fosses nasales. Dans deux cas, cette manœuvre a permis à M. Mink de faire le diagnostic.

Liquide, pus et tumeur peuvent donc supprimer les bruits normaux de l'auscultation du sinus maxillaire. C'est la seconde de ces causes qui est de beaucoup la plus fréquente. Par suite, ce procédé se recommande, par son indolence et sa facilité, comme moyen diagnostic adjuvant.

(J. MINK, *Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 31 juillet 1909.)

Angiome du maxillaire inférieur.

M. Morestin a observé un cas de cette affection, excessivement rare chez une jeune femme de 26 ans. Si, en effet, les tumeurs pulsatiles, dites encore anévrismes des os, ne sont pas très exceptionnelles, il a été démontré que, le plus souvent, il ne s'agissait pas de tumeurs vasculaires vraies, mais presque toujours de sarcomes ou d'endothéliomes pulsatiles.

Chez la malade de M. Morestin, la tumeur s'était manifestée pour la première fois il y a quatre ans, par l'apparition d'une petite tuméfaction sous-gingivale au niveau du corps du maxillaire, tuméfaction qui avait provoqué le déchaussement d'une dent. Cette dent fut arrachée par un dentiste, et cette petite opération fut suivie d'une hémorragie tellement formidable, que la malade faillit succomber dans le fauteuil de l'opérateur. Successivement les années suivantes, les dents de ce côté furent expulsées, la tumeur grossissant de plus en plus. Un médecin consulté à cette époque, crut à une périostite causée par l'évolution de la dent de sagesse ; il fit une incision au niveau de la tuméfaction et une nouvelle hémorragie se produisit, presque aussi terrible que la première. La tuméfaction continua à évoluer sans douleur, d'ailleurs, présentant peu à peu des battements rythmiques de plus en plus accentués.

Lorsque M. Morestin fut appelé à la voir, il constata, à l'auscultation, le bruit de souffle intermittent, rude, des anévrismes ; la tumeur était d'ailleurs réductible sous la pression du doigt. Comme il n'y avait de ganglions nulle part, que la malade — qui était d'ailleurs enceinte — était robuste et saine, M. Morestin élimina le diagnostic de sarcome pulsatil et porta celui d'anévrisme vrai du maxillaire inférieur. Il fit, au milieu d'une hémorragie formidable — malgré la ligature préventive de la carotide externe — la résection de toute la moitié correspondante de la mâchoire. Sa malade guérit parfaitement, sans complication ; sa grossesse a continué à évoluer et doit arriver à terme en janvier prochain.

L'examen microscopique de la pièce, fait par M. Letulle, a montré qu'il s'agissait d'un angiome vrai de la mâchoire.

(MORESTIN, *Société de chirurgie*, oct. 1909.)

NOTES PRATIQUES

Sous cette rubrique nous publions sans aucune critique, à titre de simple renseignement, les notes et procédés divers qui nous sont communiqués par nos correspondants ou que nous glanons dans la littérature professionnelle.

Conseils pratiques divers. — Un bon liquide de séparation s'obtient en faisant une solution saturée de paraffine dans la gasoline.

*
* *

Pour éviter la porosité des plaques, mettre les moufles au-dessus du niveau de l'eau (employer très peu d'eau) sur un support convenable.

*
* *

Employer l'acide trichloracétique à 50 o/o pour résorber la gencive entourant les troisièmes molaires en ayant soin de ne pas le laisser couler dans la gorge ou sur la joue en se servant de rouleaux de coton et, si le morceau est assez large, injecter de la cocaïne et le couper ensuite ; on soulage ainsi notablement le patient.

*
* *

On soulage la douleur par une application de camphophénique après avoir posé une couronne.

*
* *

En appliquant de l'arsenic à une cavité s'étendant au-dessous de la gencive, mouiller la cavité avec de l'eucalyptol, puis obturer provisoirement, ensuite forer un trou au point où l'on veut faire l'application, en fermant l'ouverture avec plus de gutta, et il n'y a pas à craindre d'attaquer le tissu gingival. *(Dent. Rev.)*

Soulagement de la pulpite. — Contre-irriter le tissu gingival au-dessus de la dent douloureuse et donner à l'intérieur 1/100 de grain de nitro-glycérine en tablette. Celle-ci atténuera la pression sanguine très rapidement. Ne pas donner de tablettes au patient à prendre chez lui. Une tablette suffit pour un résultat. Ce traitement est surtout indiqué quand l'arsenic a été employé et que le patient revient avec une odontalgie marquée. Le soulagement est presque instantané. *(Dent. Surgeon.)*

Remède contre la putréfaction. — La formaline de Buckley et le tricrésol par parties égales sont un remède très efficace. Harlan prétendait obtenir d'aussi bons résultats avec l'acide mono-chloracétique, qui, en même temps, blanchit les dents si elles sont décolorées. *(Dent. Review.)*

Polissage des dents. — Buckley recommande d'ajouter du bicarbonate de soude à la pierre ponce employée pour polir le collet des

dents après avoir enlevé les dépôts, en l'humectant avec de l'eau de camomille. *(Dent. Summ.)*

Soudure liquide. — Pour faciliter la coulée de la soudure en soudant une pièce de métal et éviter le déplacement des arrières, appliquer avec une spatule un mince revêtement de gelée de borax aux endroits à réunir, placer les arrières dans leur position exacte et l'union se fera remarquablement. Réduire le borax en poudre aussi fine que possible et le mélanger dans un mortier avec deux parties de vaseline pure. *(Dent. Cosmos.)*

Pâte dentifrice. — D'après le *Manuel de Dieterich* on distingue les pâtes dentifrices en dures et molles.

Formule de pâte dure : 200 grammes de corps de poudre dentifrice n° III, 200 grammes de poudre de chlorate de soude, 200 grammes de carbonate de soude, 50 grammes de pierre ponce, 100 grammes de poudre de racine de violette, 200 grammes de poudre de savon médicinale, 100 grammes d'alcool de vin à 90°, 50 grammes de glycérine de 1, 2, 3 de poids spécifique, 10 grammes de menthol, 5 grammes d'huile d'œillet, 2 grammes d'essence de roses, 1 gramme d'essence de wintergreen. On mélange le chlorate de soude avec la glycérine et l'alcool de vin et on ajoute ensuite les autres éléments. On mélange dans un mortier, on verse dans un récipient enduit d'alcool de savon, on laisse reposer 6 heures et l'on découpe en tranches.

Formule de pâte molle : 450 grammes de corps de poudre dentifrice n° I, 50 grammes de ponce, 100 grammes de poudre de racine de violette, 10 grammes d'extrait de quina aqueux, 200 grammes de mucilage gomme, 200 grammes de glycérine de poids spécifique 1, 2, 3 ; 10 grammes d'essence de menthe poivrée, 2 grammes d'huile d'œillet, 1 gramme d'essence de wintergreen. Les essences sont malaxées avec les poudres, l'extrait est dissous dans le mucilage et la glycérine et le tout est mélangé ; puis on verse dans des tubes. *(Berl. Tageblatt.)*

Adaptation marginale parfaite des inlays d'or coulé. — Brunir une matrice de feuille d'or dans la cavité ; dans les cas difficiles le brunissage peut se faire sur un modèle de Spence qui se prépare facilement. Remplir la matrice de cire *in situ*, comme d'ordinaire, ne pas huiler l'or. On enlève l'or et la cire ensemble et on les traite comme d'ordinaire. Les inlays ainsi faits présentent d'ordinaire une adaptation marginale parfaite, parce qu'on évite les bulles d'air ou que celles-ci ne se forment qu'au-dessous de la feuille d'or, où elles sont inoffensives. On évite aussi par ce procédé les modèles défectueux surtout si la cire, formée en cône pointu, n'est pas trop molle quand on la presse dans la cavité. Les petits défauts de l'adaptation marginale peuvent, si besoin est, être corrigés par l'excès de feuille d'or. *(Deut. Mon. f. Zahn.)*

RÉUNIONS ET CONGRÈS

Ve CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL

Berlin 23-28 août 1909.

COMPTE RENDU

(Suite [1].)

Par GEORGES VILLAIN, D. D. S.
Professeur suppléant à l'École dentaire de Paris.

IV. — Travaux des sections.

2e SECTION : CHIRURGIE DE LA BOUCHE ET PROTHÈSE RESTAURATRICE.

M. REINMÖLLER, de Rostock, fait part de quelques observations de kystes et présente un certain nombre de malades après opérations.

Le premier malade est porteur d'un kyste volumineux emplissant presque entièrement l'antre d'Highmore; l'auteur tamponna la cavité après l'opération avec de la gaze iodoformée.

Le second malade souffrait de névralgie occasionnée par un kyste volumineux empiétant sur la cavité du sinus maxillaire.

Un troisième malade dut être opéré pour des kystes multiples dans le maxillaire supérieur, un de ces kystes contenant deux dents, un autre une dent; après les opérations que nécessita l'ablation de ces nombreux kystes, le malade présentait une résection assez volumineuse du maxillaire; du côté de l'orbite, la paroi osseuse était extrêmement mince.

L'auteur indique qu'il préfère pour ces opérations l'anesthésie locale à l'anesthésie générale, cause de difficultés pendant les interventions buccales, il donne également sa préférence à la novocaïne sur la cocaïne.

M. Reinmöller fait passer les kystes enlevés et montre les appareils de prothèse qu'il employa pour restaurer les tissus détruits.

M. ECKSTEIN, de Berlin, fait une communication sur la « prothèse avec paraffine ». Il projette des photographies de malades traités par des injections de paraffine pour restauration des contours de la face chez des sujets opérés. L'auteur emploie la paraffine pour des restaurations nasales, corriger les dépressions jugales des maigres, effacer

1. V. *L'Odontologie* des 15, 30 septembre, 15, 30 octobre, 15, 30 novembre, 15, 30 décembre 1909, 30 janvier 1910.

les rides, corriger les asymétries chez des malades présentant de l'exostose.

Pour corriger l'enfoncement des paupières après une ablation de l'œil avant l'insertion d'un organe artificiel comme pour obstruer une fistule dentaire, l'auteur a recours à la paraffine et les exemples se multiplient de cas où cette méthode peut rendre d'appréciables services.

M. Eckstein dit ne plus avoir d'accidents consécutifs aux injections de paraffine, il attribue son succès à l'emploi de paraffine dont il élève le point de fusion entre 50 et 60°; il déclare employer cette méthode avec un succès absolu depuis 5 à 6 ans.

3e Section. — Anatomie. — Physiologie. — Histologie.

Sous la présidence de M. Adolff, de Königsberg, cette section ouvrit sa première séance le mardi 24 août. Il est impossible de pouvoir aujourd'hui apprécier l'œuvre accomplie par cette section pendant les quatre séances qu'elle tint, il nous faudrait avoir les discussions *in extenso* que provoquèrent les communications présentes. Je me contenterai de donner un rapide aperçu de ce que furent ces séances.

Ce fut tout d'abord M. Kieffer, de Strasbourg, qui nous fit part de ses observations dans un travail intitulé: *Contributions à la connaissance des transformations de la mâchoire inférieure et de l'articulation de la mâchoire humaine par l'âge et par suite de perte de dents.*

« Une partie des données de la littérature dit qu'en conséquence de la perte de dents on doit s'attendre à un agrandissement de l'angle de la mâchoire. Pour m'en assurer, dit l'auteur, j'ai exécuté des mesures d'angles de mâchoire, d'après ma propre méthode sur un nombre considérable de mâchoires inférieures. En outre j'ai cherché à établir quelles sont les transformations de l'articulation de la mâchoire qui, comme telles, doivent être attribuées à l'âge et quelles sont celles qui doivent être attribuées à une perte de dents pendant la jeunesse.

» Voici le résultat de mes investigations :

» 1° Déjà chez les nouveau-nés l'angle de la mâchoire est de grandeur variée ; il ne faut donc pas nous étonner si plus tard chez les adultes et les vieillards nous trouvons des angles de mâchoire de grandeur très différente ;

» 2° L'âge même ne cause pas d'agrandissement de l'angle de mâchoire ;

» 3° L'agrandissement causé par la perte de dents est infime (environ 2°) et provient d'une atrophie de la mâchoire inférieure principalement à la branche horizontale, immédiatement avant le point vertical de l'angle de mâchoire ;

» 4° Les usures à l'os du tympan doivent être rarement attribuées

à des usures de pression causées par le condyle, et seulement les usures qui sont situées à la partie latérale-cérébrale de l'os du tympan;

» 5° La position de repos du condyle, ainsi que sa position pendant la mastication sont différentes chez les édentés et chez les dentés; pendant que chez les dentés normaux une pression du condyle sur le procès articulaire postérieur n'a pas lieu, chez les édentés au moment de la fermeture de la bouche (dans la mastication) le condyle de l'édenté touche le procès articulaire postérieur et peut alors en causer l'usure;

» 6° Le ménisque articulaire s'atrophie par suite de son inactivité chez les édentés, la liaison conjonctive du bord postérieur du ménisque avec la capsule de l'articulation peut être usée par pression entre le condyle et le procès articulaire postérieur. »

Ces conclusions furent discutées par MM. Dependorf, Eltner et Höver.

MM. Eltner, de Bâle, et Wallisch, de Vienne, présentent des mémoires sur l'articulation temporo-maxillaire et l'articulation des dents.

M. Franck, d'Amsterdam, fait quelques observations sur les axes de rotation de la mandibule; il présente également un travail sur « *la désignation de la direction motrice du point antérieur du triangle de la mâchoire en plan horizontal d'après Gysi* ». Les trois auteurs concluent au montage des dentiers sur articulateur physiologique et donnent leur préférence à celui de Gysi. La discussion fut longue; nous regrettons pour l'école stomatologique, et surtout pour les malades qui y ont recours, que son esprit médical outrancier ne lui permette pas de rechercher dans un autre domaine scientifique que le sien la solution de problèmes devenus chez nous des lois; la lecture des comptes rendus de Berlin au sujet des articulateurs physiologiques lui sera particulièrement utile. Puissent les stomatologistes profiter mieux et plus rapidement surtout des idées odontologiques sur l'articulation temporo-maxillaire et dentaire, et de sa reproduction mécanique sur articulateur pour le montage des dentiers, qu'ils ne le firent pour l'extraction de la dent de six ans. Battue sur ces deux questions (l'une de prothèse dentaire, l'autre d'orthopédie dentaire) par l'école odontologique, l'école stomatologique comprendra-t-elle enfin que la science n'est pas seulement médicale et qu'elle laisse encore grande une place à l'odontologie?

M. Richter, de Chemnitz, fait une communication sur: *La construction mathématique du crâne et de la mâchoire.*

» 1° Le crâne humain forme une pyramide, dont la base est un triangle qui s'appuie à la base du crâne. La pointe est située au « point incisif supérieur », c'est-à-dire à l'angle de contact des deux incisives supérieures. Les points angulaires de l'angle droit basal sont en avant, au delà du « point angulaire supraorbital », c'est-à-

dire du point de croisement de la ligne horizontale, qui passe par les bords supérieurs des orbites, avec la ligne verticale qui va par les bords latéraux des orbites. Les points angulaires postérieurs sont situés sur le tubercule articulaire de l'articulation de la mâchoire ;

» 2° Le triangle du visage, le triangle de la mâchoire supérieure et le triangle de la mâchoire inférieure (Bonwill) sont des triangles congruents équilatéraux, dont un côté est aussi grand que la distance des bords extrêmes des orbites (largeur orbitale) ;

» 3° La mâchoire inférieure forme une pyramide oblique, quadrangulaire avec la pointe en bas du point incisif. La base est représentée par l'angle droit entre l'angle de la mâchoire et les extrémités des condyles de chaque côté ;

» 4° L'arcade dentaire de la mâchoire inférieure est plus stable que celle de la mâchoire supérieure. La mâchoire inférieure détermine la forme de la mâchoire supérieure — quand la respiration nasale est normale ;

» 5° Les points médiaux de l'arcade dentaire de la mâchoire inférieure sont les pointes du processus coronoïde (pour les dents postérieures) et le point de partage de leur ligne de jonction (pour les dents antérieures de canine à canine). Les trois points médians sont situés dans un autre plan que celui de la mâchoire. »

M. Loos, de Strasbourg, dans son travail : *Constatation histologique sur le soi-disant allongement des dents,* dit en substance que dans l'allongement des dents après perte des antagonistes il s'agit d'une déformation de l'os qui porte la dent, essentiellement dans le sens d'une augmentation de croissance, pas d'une atrophie.

Sous l'influence mécanique du déchargement la spongiosa croissante comprime la compacta de la paroi de l'alvéole et soulève la dent.

Ceci se produit sous des phénomènes d'apposition et de résorption dont la réaction conditionne toute transformation dans la structure de l'os et l'influence dans sa direction ; ces phénomènes doivent être considérés comme une partie des phénomènes d'une vie de cellule plus active.

A cette explication de l'activité des cellules contribue l'hypothèse de la déformation des ostéoblastes en ostoclastes et de leur dépendance de la pression du sang stimulée par les conditions de chargement.

L'image histologique et la conception de l'état final comme d'une reconstruction incomplète de l'os déformé sous des conditions de pression normale ou anormale peuvent conduire à une explication uniforme aussi bien pour les états physiologiques après la transformation de l'os que pour les états pathologiques dans l'atrophié précoce et la pyorrhée alvéolaire.

M. Gorganovic-Kramberger, d'Agram, présente les deux mé-

moires suivants : *Le maxillaire inférieur de l'hylobate en comparaison avec celui de l'homme récent et fossile.*

« Grâce au très aimable envoi de 34 mâchoires inférieures d'hylobates que mirent à ma disposition M. le Prof. Hertwig (Munich, 30), M. G. Schwalbe (Strasbourg, 3) et Entz (Budapest, 1) j'ai pu exécuter des comparaisons entre ces mâchoires et des mâchoires inférieures d'hommes fossiles et récents. Les ressemblances déjà connues des types de mâchoire inférieure mentionnés, ressemblances qui ont été indiquées par MM. Walkhoff (Munich) et Schoetensack (Heidelberg) purent être complétées en sorte que, au contraire de l'opinion de Walkhoff, les hylobates possèdent une surface basale pourvue de toutes les particularités (comme chez les hommes), surface comparable à celle des hommes fossiles, et que l'incisura submentalis, ainsi que l'allusion d'un sillon supramarginal qui, d'après Schoetensack, se rencontrerait aussi parfois chez les hylobates ne doivent pas être identifiés avec des cas pareils chez l'homme, parce que chez les hylobates ces cas doivent être considérés comme des phénomènes accompagnant le fort développement des canines, en conséquence du renforcement de la partie correspondante de la mâchoire inférieure. Pour les mêmes raisons de semblables sillons se rencontrent aussi dans les mâchoires des autres mammifères.

» Pour ce qui concerne spécialement la base antérieure de la mâchoire inférieure on peut chez les hyl. cusciscus et hyl. syndactylus observer une particularité très distincte des moitiés de maxillaires aplaties en deux parties (comme chez les hommes) ; de temps en temps la partie extérieure surpasse la postérieure. Celle-ci servait au renforcement de la plaque de la mâchoire dans la région canine et formait sur la symphyse l'épine sous-mandibulaire. Par contre la cuisse intérieure plus droite limite sur la symphyse la fosse génioglosse. Les insertions du digastrique sont situées des deux côtés de l'épine, mais à une distance variable et souvent à la base aplanie. Par le débordement de la cuisse intérieure dans la région de la partie médiane du maxillaire inférieur, le digastrique parvient cependant aussi sur le côté intérieur du maxillaire. Tout ceci s'observe aussi chez les hommes et tout d'abord entre naturellement en compte l'homme heidelbergensis sans menton et ensuite l'homme primitif dont le maxillaire inférieur est pourvu d'une base aplanie.

» Il faut enfin faire remarquer que chez les femmes adultes du hyl. leuciscus la plaque du maxillaire inférieur antérieur montre çà et là un arrondissement égal, tel qu'on en voit par exemple chez les jeunes orangs, où le bord de la mandibule semble attirer fortement vers le bas et en arrière. L'aplanissement et l'épaississement de la section antérieure de la mâchoire inférieure chez les hylobates sont, comme nous l'avons dit, une forme d'assimilation de cette partie du

maxillaire inférieur en relation avec le renforcement des canines, tandis que chez les hommes diluriens cette forme représente un phénomène d'assimilation passager sur le larynx, ce que le recourbement du bord de côté du maxillaire inférieur semble d'ailleurs confirmer.

» Enfin pour revenir aux opinions déjà mentionnées de Walkhoff et de Schoetensack, nos explications ont non seulement confirmé ce qui concerne les dires de Walkhoff au sujet de la ressemblance, du maxillaire inférieur de l'hylobate avec celui de l'homme, mais aussi une propre surface basale avec tous les détails s'y rattachant, tels qu'on peut les observer en particulier chez les hommes paléolythiques.

» Les opinions de Schoetensack purent aussi être confirmées en partie, quant aux relations morphologiques générales et à certaines ressemblances avec les relations que nous observons particulièrement à la base de l'homme fossile. Mais l'incisura submentalis que l'on rencontre occasionnellement chez les hylobates ne peut pas être identifiée avec celle de l'homme, puisqu'elle doit son existence occasionnelle à différentes causes physiologiques. Le sillon supramarginal de l'hylobate représente de même un abaissement des flancs du maxillaire causé par le renforcement de l'entourage du C, tandis que chez l'homme le même abaissement signifie un recourbement convexe du bord du maxillaire inférieur correspondant. »

Rapports entre l'homme heidelbergensis de Mauer et l'homme primitif de Krapina.

L'auteur part du fait que de l'homme le plus vieux, l'homme heidelbergensis de Scoehtensack, du début de l'époque diluvienne, jusqu'à l'homme moderne, on trouve l'élargissement de la cavité pulpaire des molaires, dans un sens vertical. Cet agrandissement de la cavité pulpaire augmente dans le maxillaire inférieur de la première molaire à la troisième, et il en est ainsi au maxillaire inférieur chez le Krapina comme chez l'Heidelbergensis. Mais dans le maxillaire inférieur du Krapina, chez l'homme primitif Var. Spigensis, aussi bien que chez l'homme primitif Var. Krapinensis, les cavités pulpaires sont élargies à un plus haut degré. En tous les cas, l'élargissement vertical de la chambre pulpaire correspond à un plus grand volume du corps des racines dans leur portion non reliée. L'auteur aboutit à la conclusion que les racines prismatiques ou cylindriques des molaires du Krapina correspondent à des molaires à cavités pulpaires excessivement larges ou vice versa et que, conséquemment, cette formation anormale des racines, qui est occasionnellement rencontrée, à certain degré, chez l'Européen moderne, est en corrélation avec l'élargissement de la cavité pulpaire de l'homme primitif, l'homo Heidelbergensis.

De ce fait l'orateur, en opposition avec l'opinion de M. Adloff, tire la déduction que l'homme de Krapina est plus rapproché de l'homo

Heidelbergensis que de l'homme Spy, et que la mandibule du Krapina avec molaire à racines prismatiques ne doit aucunement être considérée comme appartenant à une espèce séparée ou variété de l'homme.

MM. Walkhoff, Scheff, Albrecht, de Terra et Adloff prirent part à la discussion.

M. GUIDO FISCHER, de Greifswald, nous fait part des résultats de ses patientes recherches menées avec science et méthode : *Sur la résorption des dents temporaires avec examen sur l'origine des ostéoclastes et cellules géantes dans la résorption lacunaire.* La dissolution des dents de lait n'est pas le produit de l'activité restante de quelques tissus des dents de lait, mais provient des différentes influences que le germe dentaire croissant exerce sur son entourage. A côté des états de tension, les dérangements de nutrition causés par la croissance, ainsi que les rapports biochimiques d'échange de quelques cellules et de tissus entiers situés dans la direction de pénétration du germe jouent avant tout un rôle. Le système capillaire joue le rôle principal pendant tout le procédé de résorption et doit en être considéré comme le support propre.

La dissolution proprement dite des tissus de dents de lait se produit en partie par les bourgeons capillaires pourvus de qualités résorbantes, en partie par les othélies finales provenant de la paroi de vaisseau, othélies qui peuvent se transformer en ostéoclastes et en cellules géantes.

Selon l'intensité de la dissolution ces othélies se présentent sous une forme déterminée, dans la région du mouvement le plus fort, la plupart comme grandes cellules avec beaucoup de noyaux, dans les zones modérées dans toutes les phases de leur développement.

Les cellules géantes présentent des organes résorbants qui, parvenus à un certain niveau de développement, disparaissent en présentant des phénomènes atrophiques. En outre paraissent des cellules leucocytoïdes qui doivent être considérées comme des leucocytes polynucléaires et déterminent l'assimilation du plasma des cellules géantes atrophiques.

Cette communication est accompagnée de projections de pièces extrêmement belles. Nous avons du reste tous admiré le soin jaloux que prirent nos confrères durant ce congrès pour présenter leur travail avec le plus grand nombre d'illustrations possible et toujours avec des pièces bien préparées.

M. Guido Fischer nous entretient ensuite : *De la vitalité du tissu d'émail.* Les prismes d'émail ne sont pas retenus par une substance mastiqueuse spéciale, mais par la couche membraneuse non calcifiée des prismes mêmes. Du fait de l'occupation fonctionnelle la calcification peut aussi saisir ces dernières lamelles périphériques, les prismes forment un tissu homogène, l'émail transparent. Les canaux dentins

de la couronne se ramifient en 8 et 12 branches finales, en partie devant, en partie derrière la limite de l'émail. Les dernières ramifications sont simples, buissonneuses ou en forme de massue. Ces ramifications ne présentent rien d'autre que de la substance fondamentale non calcifiée de distribution différente. Or les rameaux des dentines se dirigent toujours dans les couches des parois prismatiques de l'émail, en sorte que ces couches peuvent continuer également le cours des premières. Comme la couche prismatique interposée représente une substance plasmatique qui est restée non calcifiée ou peu calcifiée et est capable d'une diffusion minime, il semble juste d'admettre que par les canaux dentinaires le courant nutritif passe sur la limite de l'émail dans la couche des parois prismatiques et dans cette couche traverse lentement l'émail. L'accumulation de masses fondamentales non calcifiées à la limite de la dentine de l'émail a en outre une grande importance pour la sensibilité de cette zone, puisque le contenu prostoplasmatique des parois de Neumann débouche dans ces prolongements buissonneux et en forme de massue à la limite de l'émail.

(A suivre.)

COMITÉ CENTRAL ALLEMAND D'HYGIÈNE DENTAIRE SCOLAIRE.

Il s'est constitué à Berlin un *Comité central d'hygiène dentaire scolaire* ayant pour but d'encourager la création de cliniques dentaires scolaires privées dans les différentes villes de l'Allemagne et d'obtenir pour ces cliniques des subventions des municipalités. Ce Comité, fondé sur le modèle du Comité central allemand pour la lutte contre la tuberculose, se compose de ministres, de fonctionnaires, de médecins, de dentistes, de financiers, de commerçants, d'industriels, etc.

Il a adressé à toutes les sociétés dentaires allemandes un appel pour solliciter leur adhésion. Il se propose d'organiser des conférences sur l'hygiène dentaire, de publier des brochures à la portée de tous sur les soins dentaires, d'amener l'introduction de l'enseignement de l'hygiène dentaire dans les écoles de tous ordres, d'encourager l'hygiène dentaire raisonnée dans la classe populaire, de rattacher entre eux tous les services dentaires scolaires et d'en créer de nouveaux, enfin d'agir auprès des pouvoirs publics et des municipalités pour appuyer son action.

La cotisation individuelle est fixée à 3 fr. 75 par an ; celle des sociétés à 25 francs.

Nous relevons parmi les membres de ce Comité les noms bien connus des professeurs Walkhoff, Dieck, Jessen, Witzel, Warnekros, etc.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

RAPPORT AU MINISTRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Par M. Francis Jean.

Notre excellent collègue M. Francis Jean, délégué du Ministre de l'Instruction publique au Ve Congrès dentaire international de Berlin, vient d'adresser à celui-ci un intéressant rapport que nous ne pouvons reproduire dans son entier, mais dont nous détachons pour nos lecteurs le passage relatif aux travaux de la 10e section, Hygiène dentaire, *ainsi que les conclusions.*

....

....

La 10e section — hygiène de la bouche et des dents — présentait pour nous un intérêt tout particulier, car elle concerne tous les peuples, l'hygiène dentaire et buccale jouant un rôle considérable dans la santé ou la maladie des individus. Elle était présidée par deux savants hygiénistes, dont les travaux sur l'hygiène dentaire, principalement sur l'hygiène dentaire scolaire, font autorité non seulement en Allemagne, mais dans tous les pays : M. le Dr C. Röse, directeur du bureau central d'hygiène d'Allemagne, et M. le professeur Jessen, directeur de la clinique dentaire scolaire de Strasbourg. Elle comptait comme présidents d'honneur le Ministre d'Etat de Möller, le médecin inspecteur principal Kirchner, conseiller rapporteur au ministère de l'Instruction publique et des Cultes, le médecin principal Schulzen, rapporteur au ministère de la Guerre, le médecin conseiller Leubuscher, de Meiningen, le médecin principal Faber, président de la Commission de médecine du Danemark, etc., etc.

La section avait mis à son ordre du jour les trois questions suivantes, qu'elle avait pris soin d'adresser deux mois avant le Congrès à tous les membres d'honneur, au nombre

de 37, et à tous les dentistes connus par leurs travaux sur l'hygiène, pour leur permettre de préparer des communications sur ces points :

« *1° L'établissement de cliniques dentaires municipales pour enfants est considéré de nos jours comme une nécessité hygiénique internationale.*

« *C'est là un des meilleurs moyens de combattre efficacement et d'empêcher les maladies infectieuses, en particulier la tuberculose.*

« *2° Pour améliorer l'état sanitaire en général, il est indispensable que le dentiste militaire continue l'œuvre du dentiste scolaire.*

« *3° Il faut aussi que l'hygiène de la bouche et des dents soit observée par les caisses municipales de secours en cas de maladies, dans les hôpitaux, les cliniques, les orphelinats, les asiles de sourds-muets et d'aliénés et les prisons.* »

La section rappelait également que la Commission d'hygiène de la F. D. I. avait décidé, dans sa session de Bruxelles (6-9 août 1908), de proposer au Congrès les résolutions suivantes :

« *1° La Commission recommande au Congrès de Berlin d'affirmer la valeur et l'importance des soins dentaires donnés aux enfants des écoles et exprime le vœu que le Congrès prenne connaissance des résultats obtenus en Allemagne par un certain nombre de dentistes et d'Administrations et conseille l'adoption de ces institutions dans d'autres pays.*

« *2° La Commission exprime le vœu que le Congrès affirme la valeur des soins dentaires donnés à l'armée et à la marine, tout en faisant ressortir la nécessité de ne laisser donner ces soins que par des personnes munies d'un diplôme dentaire.* »

Enfin la section proposait que le Congrès nommât un Comité international perpétuel pour l'hygiène de la bouche, dont feraient partie des dentistes de grande réputation, des professeurs, des médecins, des fonctionnaires des Adminis-

trations publiques, les décisions de ce Comité devant être publiées et observées partout. J'ajoute que cette proposition a été adoptée par le Congrès.

Il est bon de faire remarquer à ce propos que la F. D. I. compte, au nombre de ses commissions, une Commission d'hygiène et des services dentaires publics qui, depuis la création de la Fédération en 1900, a fait de nombreux rapports et de nombreux travaux présentant un vif intérêt.

Si nous nous étendons aussi longuement sur les délibérations de la 10e section, c'est parce qu'elles touchent de plus près à une question vitale, primordiale, pour tous les peuples, celle de la santé générale, celle de l'avenir de la race. D'ailleurs cette question a préoccupé récemment les pouvoirs publics, puisque votre prédécesseur, Monsieur le Ministre, a, dans une circulaire, prescrit l'organisation de services d'inspection et de traitement dentaires pour les élèves des écoles normales primaires et pour ceux des écoles primaires supérieures ; puisque, de son côté, M. le Ministre de la Guerre a créé en 1905 un service dentaire pour les troupes coloniales ; puisqu'il a décidé en 1907 de créer des services dentaires dans l'armée métropolitaine, prescrit l'inspection de la bouche des recrues à leur arrivée au régiment et l'établissement de fiches dentaires individuelles et a organisé un enseignement dentaire à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce pour le corps de santé militaire ; puisque enfin il a créé un enseignement dentaire pour le corps de santé colonial à Paris et à Marseille, sur le modèle de celui du corps de santé militaire.

En matière d'hygiène dentaire, en ce qui concerne la France du moins, on peut dire que l'éducation du public est à faire tout entière. Actuellement la classe riche seule et un peu la classe aisée recourent au dentiste pour lui demander des soins ; les classes laborieuses ne s'adressent à lui qu'en cas d'absolue nécessité, pour la simple extraction et lorsque tout espoir de conserver l'organe est perdu, et encore est-ce l'exception. Le jour où cette éducation sera faite, lorsque chacun sera convaincu de la nécessité de conserver ses dents en bon état et, pour cela, de les faire exa-

miner et soigner, on s'adressera davantage aux dentistes ; le jour où il existera partout des services dentaires publics gratuits : dans les écoles, les casernes, les navires, les prisons, les hôpitaux, les hospices, les asiles, les manufactures de l'Etat, les arsenaux, les grands établissements industriels, les dispensaires municipaux, les bureaux de bienfaisance, outre que tous ces services exigeront l'existence de nouveaux chirurgiens-dentistes, les patients de ressources modestes n'hésiteront pas à s'adresser aux praticiens débutants et leur constitueront ainsi une clientèle appréciable. De cette façon la pléthore dont quelques-uns se plaignent à présent disparaîtra, car les besoins de la population amèneront l'égale répartition des dentistes sur toute la surface du pays, tandis qu'ils sont agglomérés uniquement dans les grands centres.

Maintenant, quels sont les moyens les plus propres à démontrer la nécessité des soins de bouche, à vulgariser l'hygiène dentaire, à inculquer à la population l'idée de se faire traiter les dents, à lui en faire prendre l'habitude ? Ces moyens sont simples : ils consistent dans l'inspection obligatoire et le traitement des dents des enfants des deux sexes des écoles, collèges, lycées, écoles spéciales de tout genre, que ce soient des établissements publics ou privés ; dans l'inspection obligatoire et le traitement des dents des soldats à la caserne ou dans les camps et des marins à terre ou à bord des navires ; dans l'inspection et le traitement obligatoires des malades et du personnel des hôpitaux civils et militaires, des individus des deux sexes peuplant les orphelinats, asiles, hospices et du personnel de ces établissements, des aliénés, des prisonniers et du personnel des asiles d'aliénés et des établissements pénitentiaires, des ouvriers et employés des manufactures et arsenaux de l'Etat, des employés des Administrations de l'Etat, des employés et ouvriers de tous ordres assurant un service public quelconque de l'Etat ou des communes, des agents de la force publique, etc., etc., en un mot de tous les individus qui, à un titre quelconque sont au service de l'Etat ou des municipalités.

Mais le service d'inspection doit être distinct du service de traitement : le premier doit se borner autant que possible à des consultations données par le dentiste inspecteur, qui indique la nature de l'intervention du dentiste ou des dentistes traitants, car il est destiné uniquement à éclairer le sujet ou ses parents (si c'est un enfant) sur la nature et l'utilité du traitement des dents malades. De cette façon le dentiste inspecteur, qui jouit déjà, de par sa fonction et son titre, d'une sorte de privilège de nature à lui attirer la clientèle du public, tout en éclairant ce dernier sur ses besoins en matière dentaire, ne concurrencera pas son confrère chargé du traitement, et les soins dentaires y gagneront parce qu'ils pourront être donnés d'une façon plus complète et plus minutieuse. Cette collaboration des deux praticiens contribuera à l'éducation du public et paralysera dans une certaine mesure les interventions faites par des gens incompétents.

Il y a lieu également de recommander des conférences publiques (leçons de choses) dans lesquelles la population serait avertie de l'importance des soins dentaires, conférences qui seraient faites dans toutes les agglomérations d'habitants, petites ou grandes, par les chirurgiens-dentistes chargés des services dentaires de l'Etat ou des municipalités.

L'Allemagne a déjà beaucoup fait en cette matière, grâce surtout à M. le Prof. Jessen et au docteur Röse : elle compte des dentistes militaires et dans 52 villes fonctionnent des services dentaires scolaires. A ce propos, nous devons des remercîments particuliers à M. le Prof. Jessen pour la bonne grâce qu'il a mise à nous fournir des renseignements des plus intéressants sur le fonctionnement de la clinique dentaire scolaire qu'il dirige à Strasbourg, ainsi que sur les travaux de la section. Nous y ajouterons des remercîments aux membres du Bureau de celle-ci, qui ont été à notre égard d'une amabilité parfaite.

Pour donner un aperçu du rôle considérable joué par la 10e section au Congrès, nous croyons utile de reproduire ci-

après le titre des communications qui y ont été faites. Par la nationalité des auteurs, appartenant à onze pays différents, on verra combien cette question de l'hygiène dentaire publique préoccupe à juste titre toutes les nations civilisées.

. . . .

Conclusions.

De l'exposé qui précède il résulte que le Congrès de Berlin a été incontestablement un grand événement pour la profession dentaire et a eu un plein succès. Avec ses 2.000 membres, ses 12 sections, son exposition, ses multiples communications orales et présentations pratiques, il a dignement continué la série des congrès dentaires internationaux et a été plus suivi et plus fécond que ses devanciers en travaux et en résultats. Et de cette continuité même du succès, de l'importance de plus en plus croissante que prennent ces réunions, résulte aussi la démonstration que la science dentaire est aujourd'hui assez vaste, assez complexe pour former par elle-même une branche de l'art de guérir, une spécialité bien distincte de la médecine et de la chirurgie, exigeant des études et des examens particuliers, des praticiens s'y consacrant exclusivement, possédant l'habileté manuelle et les connaissances techniques qui ne s'acquièrent pas par l'étude des sciences médicales seules. Si l'odontologie est une profession libérale exclusive, au même titre que l'art de l'ingénieur, au même titre que la pharmacie, par exemple, il s'ensuit tout naturellement qu'elle doit avoir son autonomie, qu'elle ne doit pas être en tutelle et qu'elle doit avoir ses congrès propres. C'est là la conclusion qui se dégage bien nettement des grandes assises de Berlin, assises tenues pour la cinquième fois en 20 ans, et je considérerai comme l'honneur de ma carrière professionnelle que vous ayez bien voulu me désigner pour y représenter votre Département et le Gouvernement français.

Conscient de ce grand honneur et des devoirs qu'il comportait, je me suis efforcé de représenter dignement la Ré-

publique française et d'exiger pour elle les honneurs et la courtoisie auxquels lui donne droit la place qu'elle occupe dans le monde.

Une autre conclusion ressort bien clairement de ce congrès : la nécessité de faire l'éducation du public par des conférences, à l'école pour l'enfant, dans les cours du soir pour l'adulte, où l'on s'efforcerait de démontrer l'importance de l'hygiène bucco-dentaire au même titre que celle de l'hygiène générale ; la nécessité de créer des services dentaires publics dans tous les établissements de l'Etat et des villes, à l'instar de ceux que votre prédécesseur a déjà créés pour les écoles normales primaires et les internats des écoles primaires supérieures et de ceux dont les Départements de la Guerre et de la Marine ont déjà ébauché le projet. Il faut que ces services soient étendus, généralisés, solidement constitués. Si l'instruction doit être le premier devoir d'un Etat, celui-ci doit se préoccuper tout autant de la santé des citoyens, de l'avenir de la race, qui seule donne à un pays la force qui lui est nécessaire pour assurer son développement intellectuel, la marche incessante vers le progrès et l'intégrité de la patrie, le jour où celle-ci se trouve menacée.

N'aurais-je rapporté de mon voyage à Berlin que la confirmation de cette nécessité, si souvent proclamée, en France notamment, par nos sociétés professionnelles, que je me trouverais amplement satisfait du résultat de la mission que vous avez daigné me confier, dont je vous suis vivement reconnaissant et pour laquelle je vous prie d'accepter mes sincères remerciements, en vous présentant l'hommage de mes sentiments respectueux et dévoués.

Francis Jean,
Professeur à l'École dentaire de Paris,
Président de l'Association générale
des Dentistes de France,
Président de la Fédération dentaire nationale,
Délégué du Ministère de l'Instruction publique
au Ve Congrès dentaire international de Berlin.

NÉCROLOGIE

Mlle Frey.

Notre collaborateur et ami M. L. Frey vient d'être cruellement éprouvé par la mort de sa fille, à l'âge de 8 ans et demi.

Nous adressons à notre confrère et à sa famille, dans cette pénible circonstance, nos sincères condoléances, nos profonds regrets, avec l'assurance de toute notre sympathie.

NOUVELLES

Fête annuelle des étudiants de l'E. D. P.

Les élèves de l'Ecole dentaire de Paris donneront leur fête annuelle le mercredi 2 mars (veille de la Mi-Carême) au profit des victimes des inondations. Cette fête comprendra : la Revue de l'Ecole, un concert et un grand bal. Elle aura lieu dans la salle des Horticulteurs, 84, rue de Grenelle, à 8 h. 1/2.

Le Comité : *Président :* M. Bergé ; *Vice-présidents :* MM. Guyonnaud, Renoux ; *Secrétaires :* MM. Robinet, Chavant ; *Trésoriers :* MM. Chaillou, Mouche.

On peut se procurer des cartes à l'Ecole dentaire de Paris, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, et auprès des membres du Comité.

En raison de la longueur de la Revue, le Comité prie les spectateurs de bien vouloir être exacts à 8 h. 1/2.

Mission.

Notre confrère M. E. Décolland qui, comme on sait, habite depuis quelques mois Monte Carlo, a reçu l'autorisation du Gouvernement de la principauté de Monaco d'exercer la profession de chirurgien-dentiste à Monte Carlo, avec mission de créer un service dentaire hospitalier et un service d'hygiène dentaire scolaire.

Exposition d'hygiène.

Une exposition internationale d'hygiène aura lieu à Dresde en 1911 sous le patronage du roi de Saxe. Elle sera divisée en douze groupes, en groupes spéciaux et en une section historique. Le groupe VIII comprendra l'hygiène scolaire (président : le prof. Finkler, di-

recteur de l'Institut d'hygiène de l'Université de Bonn). Dans les groupes spéciaux une section sera consacrée aux maladies des dents (président : le prof. Walkhoff, de l'Université de Munich), savoir :

CAUSES DE LA MALADIE DES DENTS. — *Microorganismes. Influence du régime et de la nourriture. Connexité avec les maladies générales. Hérédité.*

FRÉQUENCE DES MALADIES DES DENTS. — *D'après l'âge, le sexe, la profession. Importance des maladies des dents pour l'hygiène publique.*

PROPHYLAXIE DES MALADIES DES DENTS.

LUTTE CONTRE LES MALADIES DES DENTS. — *A l'école. Dans l'armée. Dans les entreprises industrielles et par des institutions d'intérêt public. Par les établissements d'assurances.*

Société odontologique de France.

Au cours de son assemblée générale ordinaire du 28 décembre 1909, la Société odontologique de France a procédé au renouvellement de son bureau pour l'année 1910. Ont été élus :

Président : M. G. Grimaud ; *Vice-président :* M. P. Fontanel ; *Secrétaire général :* M. E. Fourquet ; *Trésorier :* M. P. Dubois ; *Secrétaire des séances :* M. R. Kern.

Le Comité de rédaction de la *Revue générale de l'Art dentaire* a été modifié ainsi qu'il suit.

Ont été élus :

Directeur : M. le Dr A. Siffre ; *Rédacteur en chef :* M. A. Barden ; *Secrétaire de rédaction :* M. E. Fourquet.

Membres du Comité de rédaction : MM. G. Grimaud, P. Fontanel, P. Dubois, Ch. Richaume.

Dans cette même séance, la Société odontologique de France a décidé de reporter au dernier mardi de février la date de dépôt, des manuscrits pour le prix de la S. O. F. Sujet mis au concours : *Du formol en Odontologie.* Pour les conditions du concours, consulter la *Revue générale de l'Art dentaire*, août 1908.

Jugement rendu dans l'instance introduite par le Dr Friteau.

Le Tribunal, ouï en leurs conclusions et plaidoiries : Justal, avocat, assisté de Geoffroy, avoué de Friteau ; Ducuing, avocat, assisté de Aron, avoué de la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris, représentée par Bioux, trésorier du Conseil d'administration de ladite Société ;

Le Ministère public entendu ; après en avoir délibéré conformément à la loi, jugeant en matière ordinaire et en premier ressort ;

Attendu que le docteur Friteau, membre de la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris, Société reconnue comme établissement d'utilité publique suivant décret portant approbation de ses statuts en date du 12 février 1892, prétend avoir été radié à tort de la liste des membres de cette Société ainsi que de la Société d'Odontologie ;

Qu'il demande en conséquence, de prononcer la nullité des délibérations prises par ces Sociétés les 7 et 23 janvier et 8 décembre 1908, de dire qu'il en fait toujours partie, et de condamner Bioux ès qualités de trésorier de la Société défenderesse à des dommages-intérêts pour le préjudice causé ;

Attendu que les statuts qui lient une Association aux membres qui la composent forment la loi des parties ;

Attendu que la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris comprend une Ecole professionnelle, un Dispensaire dentaire, une Société scientifique (dite Société d'Odontologie de Paris), une bibliothèque et un musée ;

Attendu que ces groupements ne sont que des organes de l'Ecole et ne peuvent avoir d'autre action disciplinaire que celle prévue par les statuts de la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris ;

Attendu que l'article 15 des dits statuts précise que la qualité de membre de la Société se perd :

1° Par la démission ;

2° Par la radiation prononcée pour motifs graves par l'assemblée générale à la majorité des deux tiers des membres présents sur le rapport du Conseil d'administration et le membre intéressé dûment appelé à fournir ses explications ;

Attendu qu'au cours d'une discussion scientifique dans une réunion de la Société d'Odontologique tenue le 3 décembre 1907, le docteur Friteau se livra à des violences sur un de ses collègues ;

Attendu qu'à la suite de ces faits une commission d'enquête entendit Friteau et divers témoins et déposa à la réunion du 7 janvier 1908 de la Société d'Odontologie un rapport concluant à la radiation de Friteau ;

Que cette radiation fut votée par 50 voix contre 41 ;

Attendu que la Société d'Odontologie a des statuts spéciaux ;

Que les articles 15, 16 et 3 sont ainsi conçus :

« Article 15 : La Société se réserve le droit de prononcer la radia-
» tion d'un membre indigne. L'expulsion est prononcée après enquête
» sur le rapport d'une commission spéciale composée de cinq mem-
» bres dont les conclusions sont acceptées ou rejetées par un vote sans
» discussion et au scrutin secret ;

» Article 16 : Tout membre radié de l'Ecole et du Dispensaire den-

» taires de Paris est *ipso facto* radié de la Société d'Odontologie et » réciproquement ;

» Article 3 : La Société se compose de tous les membres de la Société » de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris » ;

Attendu que, se basant sur l'article 16 susvisé, la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris prononça également la radiation du docteur Friteau et l'en avisa par une lettre en date du 12 février 1908 ;

Mais attendu que les seuls statuts qui lient et obligent les parties en cause sont ceux de la Société défenderesse ;

Qu'elle ne saurait apporter une modification à ses propres statuts en essayant de leur substituer ceux de l'un de ses groupements ;

Qu'il est constant en fait que Friteau n'a pas été entendu par le Conseil d'administration ou par le Conseil de famille de la Société de l'Ecole et que sa radiation a été prononcée par le dit Conseil dès le mois de février 1908 ;

Que l'on ne saurait faire état de la délibération prise par l'assemblée générale convoquée le 8 décembre 1908 ;

Qu'en effet, à cette date, le docteur Friteau n'a pas été convoqué, l'ordre du jour ne mentionnait pas la radiation d'un membre, cette radiation n'a été votée que d'une manière détournée par l'approbation du rapport du secrétaire général qui parlait incidemment des faits qui s'étaient produits à la Société d'Odontologie ;

Attendu dans ces conditions, et sans qu'il y ait lieu de rechercher quelle pourrait être la portée des articles du règlement intérieur, et notamment de l'article 31 *bis,* que les droits de la défense ont été violés en la forme et que les formalités prévues par les statuts n'ont pas été remplies ;

Qu'il y a donc lieu de prononcer la nullité des délibérations prises et votées, pour violation des statuts sans examiner le fond de l'affaire ;

Attendu que le docteur Friteau ne justifie d'aucun préjudice sérieux ;

Que l'allocation des dépens et l'insertion du présent jugement dans le premier numéro à paraître du journal *L'Odontologie* seront une réparation suffisante du dommage qui lui a été causé ;

Par ces motifs :

Dit que c'est en violation de l'article 16 des statuts de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris que le demandeur a été radié de cette Société ;

Déclare annulées et sans effet les délibérations prises contre lui par la Société d'Odontologie le 7 janvier 1908, par le Conseil de direction ou le bureau de la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris le 23 janvier 1908 et, en tant que de besoin, la délibération de l'assemblée générale du 8 décembre 1908 ayant confirmé et ratifié les dites délibérations ;

Dit que le docteur Friteau est toujours membre de la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris ;

Dit que Bioux ès qualités sera tenu de recevoir sa cotisation ;

Ordonne l'insertion du présent jugement dans le premier numéro à paraître du journal *L'Odontologie* aux frais de Bioux ès qualités et ce à titre de dommages-intérêts ;

Condamne Bioux ès qualités aux dépens dont distraction est faite au profit de Geoffroy, avoué, qui l'a requise aux offres de droit.

(Tribunal civil de la Seine. — 1re Chambre. — Audience du 31 décembre 1909.)

30e ANNÉE. N° 4 28 FÉVRIER 1910 Vol. XLIII

L'ODONTOLOGIE

L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

TRAVAUX ORIGINAUX

INDICATIONS ET MANUEL OPÉRATOIRE DU TRAITEMENT DES NÉVRALGIES FACIALES PAR LES INJECTIONS D'ALCOOL[1]

Par Fernand Lévy,

Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Insister sur l'importance que présente pour le dentiste le diagnostic de la névralgie faciale serait oiseux.

Ce syndrome se présente en effet journellement à lui. Dans la majorité des cas les altérations dentaires l'expliquent suffisamment. Il n'en est pas moins intéressant de pouvoir différencier les névralgies dépendant d'une irritation occupant un point quelconque du trijumeau de celles où l'excitation algésiogène est impossible à déceler et dont la pathogénie mal connue semble avoir pour base le terrain neuroarthritique.

La recherche attentive des causes permet de distinguer :

1° *La névralgie faciale symptôme,* ressortissant à une foule de causes. Elle succède à une irritation mécanique ou inflammatoire prolongée, pouvant siéger aux racines protubérantielles, dans le ganglion de Gasser, sur le tronc du trijumeau, sur ses branches, sur leurs terminaisons cutanées, muqueuses, musculaires, osseuses. Tous nous y sommes prédisposés : c'est pourquoi on la rencontre à tous les âges de la vie.

Le type en est, bien entendu, la névralgie dentaire :

C'est la *petite névralgie faciale* ou *maladie de Valleix.*

1. Fernand Lévy. *Essai sur les névralgies faciales*, thèse de Paris, 1906.

2° *La névralgie faciale maladie,* peut-être affection du ganglion de Gasser, à coup sûr des centres nerveux. Elle s'attaque surtout aux gens âgés neuroarthritiques, souvent anciens *migraineux.*

C'est la *grande névralgie faciale* ou *maladie de Trousseau.*

L'observation clinique, elle aussi, justifie cette division.

Ce qui identifie en effet une névralgie faciale et la caractérise essentiellement, ce sont les *élancements douloureux* dont l'absence suffit à faire nier la névralgie.

Or, tantôt ces élancements constituent à peu près exclusivement la symptomatologie : c'est la *grande névralgie faciale* n'évoluant que sur certains terrains neuroarthritiques (surtout migraineux) et qui se juge par des crises douloureuses, parfois subintrantes, mais dans l'intervalle desquelles le malade ne souffre pas. La survenance de mouvements spasmodiques *(tic douloureux)* et de troubles neurotrophiques est fréquente.

D'autres fois les élancements se superposent à une sensation de douleur continue ; l'exploration du territoire nerveux qui souffre montre des points douloureux de pression à l'émergence des nerfs. On peut accessoirement observer des troubles de la sensibilité objective : on est en présence d'une *petite névralgie faciale.*

Au reste, mieux qu'une description plus longue, un tableau comparatif donnera les traits saillants de chacune de ces variétés en accentuant mieux les différences.

PETITE NÉVRALGIE FACIALE *(Maladie de Valleix)*	GRANDE NÉVRALGIE FACIALE *(Maladie de Trousseau).*
1. Douleur continue.	1. Pas de douleur continue.
2. Elancements intermittents, toujours présents, mais relégués au second plan.	2. *Elancements en éclairs :* groupés par *accès*, quelquefois subintrants et simulant une douleur continue ; rappelés par le moindre effort ; mouvement, élocution, mastication, déglutition.

3. Points douloureux à la pression, aux émergences des nerfs et persistant en dehors des paroxysmes ;

Surtout localisée
aux nerfs sus-orbitaire, maxillaire inférieur, plus rarement maxillaire supérieur.
Assez rarement :
troubles de la sensibilité objective
(névrite radiculo-ganglionnaire)
hypoesthésie
anesthésie ;
Exceptionnellement,
dans les névralgies basilaires (syndrome gassérien) ;
atteinte des trois branches ;
atteinte d'autres nerfs craniens (III, VI, VII, etc.).
Causes périphériques fréquentes :
Dents ;
Nez ;
Névrite toxiinfectieuse :
Grippe, syphilis, paludisme.

3. Pas de points douloureux de pression aux émergences des nerfs (mais quelquefois points osseux alvéolaires),
En gén. localisée à une branche surtout maxillaire supérieur,
avec envahissement consécutif possible de 1re et de 3e.
Pas de troubles de la sensibilité objective.
Apparition possible à une certaine période de la maladie de
phénomènes spasmodiques, toniques et cloniques,
d'abord volontaires (mâchonnement, grimaces),
puis involontaires *(tic douloureux)*.
Manifestation de troubles sécrétoires et vasomoteurs.
Pas de cause évidente
(antécédents migraineux fréquents).
Evolution longue avec périodes d'accalmie spontanée de plus en plus courtes.

Le traitement vient enfin confirmer la distinction des deux variétés.

La *petite névralgie* guérira par les soins des dents malades, du nez, des yeux ou cèdera au traitement spécifique de la syphilis, de l'impaludisme qui seront prescrits suivant les cas.

A la *grande névralgie faciale* doivent être réservées les injections d'alcool. Cependant on ne doit jamais les pratiquer d'emblée dans une névralgie récente. Il faut préconiser, comme il est logique, un traitement à marche progressive.

Avant de recourir aux injections d'alcool, encore qu'elles soient absolument bénignes et n'entraînent pas de séquelles fâcheuses, il est nécessaire d'avoir épuisé très rapidement, c'est vrai, mais d'une manière méthodique, la gamme des traitements médicamenteux (surtout opiacés) et la série des méthodes électrothérapiques.

L'idée de détruire les nerfs aussi complètement que possible en les faisant dégénérer devait tout naturellement venir à l'esprit en présence des résultats si peu satisfaisants

donnés par les interventions chirurgicales même les plus larges.

Il y a longtemps que Bartholow avait pensé au *chloroforme ;* Billroth et Neuber, puis Eulenburg, Nicoladoni, Bennett, Murphy, etc., recommandaient l'*acide osmique* au 1/100 ; Kirchstein préconisait l'*acide phénique* au 1/100 ; mais ce sont MM. Pitres et Verger qui songèrent les premiers à tirer parti de l'*alcool*.

Restait une technique à trouver. Pitres et Verger osaient à peine injecter au voisinage du nerf. Le premier M. Schlœsser (de Munich) alcoolisa les troncs nerveux périphériques, puis se décida, en raison de l'insuffisance des résultats obtenus, à poursuivre les branches du trijumeau jusqu'à leur émergence des trous de la base du crâne.

Il ne fallait pas songer à atteindre l'ophtalmique de

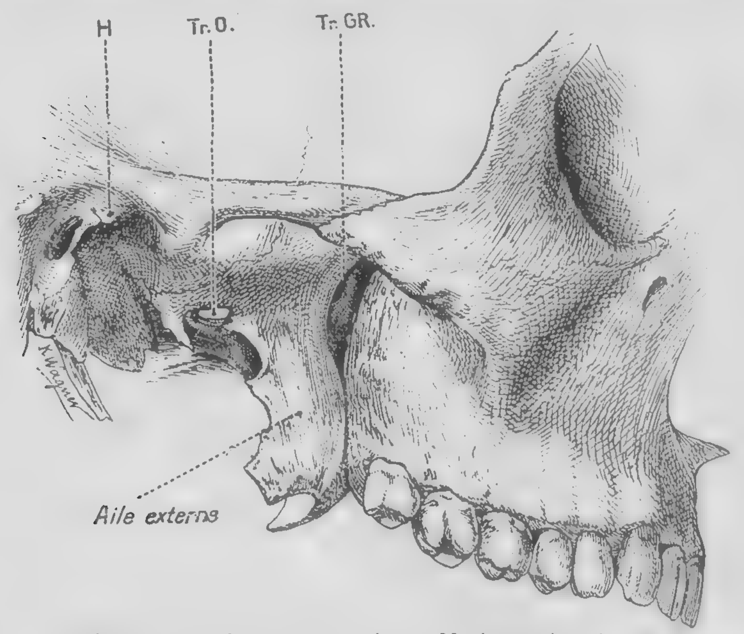


Fig. 1. — Région de la fosse zygomatique. H, heurtoir ; Tr. O, trou ovale ; Tr. GR, trou grand rond.

Willis déjà divisé au niveau du sinus caverneux. Il n'en était pas de même des troncs des maxillaires supérieur et inférieur qui sortent, on le sait, le premier en avant de la racine de la ptérygoïde ; le second, en arrière de l'in-

sertion de l'aile externe de la même apophyse. Ces deux nerfs forment, si l'on veut, les limites extrêmes de la région ptérygoïdienne au niveau de la base du crâne. M. Schlœsser, avec une longue aiguille coudée à angle obtus, atteignait le trou ovale par la bouche en suivant l'aile externe de l'apophyse ptérygoïde. Pour les troncs nerveux périphériques il utilisait des aiguilles longues ou courtes de forme variable, droites ou recourbées. L'alcool injecté titrait 80°. M. Ostwalt a importé en France la méthode de Schlœsser,

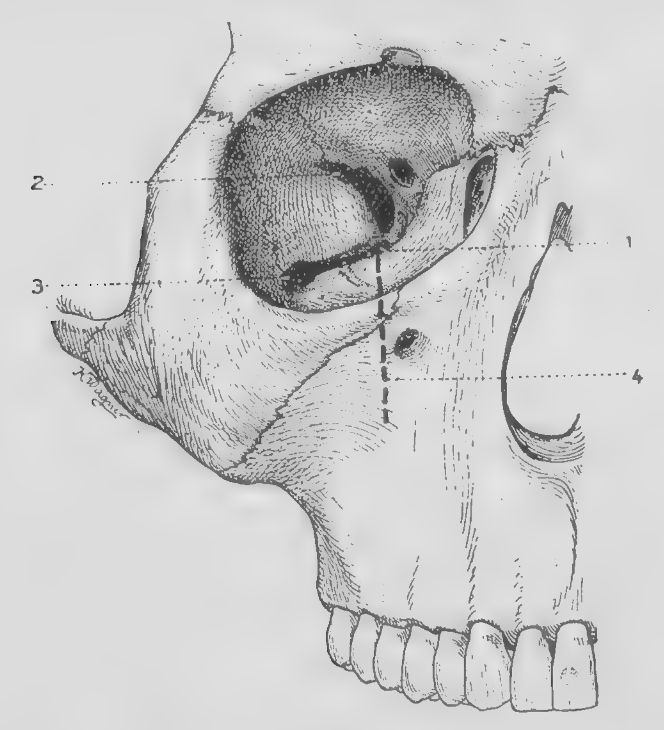


Fig. 2. — Région orbitaire. 1, trou grand rond ; 2, fente spénoïdale ; 3, fente sphéno-maxillaire ; 4, projection sur le plan de la figure de la fente ptérygo-maxillaire invisible.

dont il a donné une bonne description. Sa seule innovation est d'avoir transformé l'aiguille coudée en baïonnette et d'avoir ajouté de la stovaïne ou de la cocaïne à l'alcool.

A notre tour, M. Baudouin et moi [1], nous avons eu l'idée de pratiquer les injections à la base du crâne.

1. F. Lévy et A. Baudouin. *Académie de médecine*, 9 janvier 1906. *Presse*

Pour aborder les troncs nerveux, la voix externe sous-zygomatique nous a paru préférable. C'est elle que nous avons prise comme base d'opération. Elle permet, en effet, de prendre des points de repère plus précis et plus faciles à reconnaître que la voie endobuccale. Les voici :

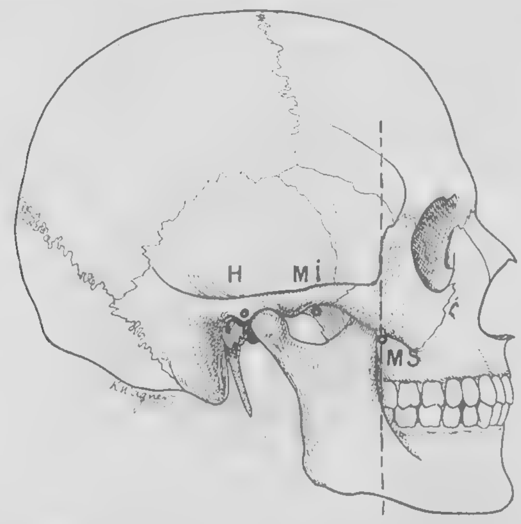


Fig. 3. — Face latérale du crâne. H, heurtoir ; MI, point de pénétration de l'aiguille pour l'injection au trou ovale ; MS, point de pénétration de l'aiguille pour l'injection au trou grand rond.

a) *Nerf maxillaire inférieur.* — Nous pénétrons sous l'arcade zygomatique à 25 millimètres en avant de la paroi antérieure du conduit auditif osseux qui se continue en haut avec le *heurtoir de Farabeuf*, branche de bifurcation descendante de la racine longitudinale du zygoma. On relève cette distance au moyen d'un compas à pointes mousses. On est ainsi à l'aplomb du trou ovale ; une aiguille enfoncée perpendiculairement en ce point passe en avant de l'articulation temporo-maxillaire et à la profondeur de 4 centimètres va pénétrer dans le nerf. Dans ce trajet on ne traverse que la peau et les muscles masséter et ptérygoïdien

---

médicale, 17 février 1906 ; *Soc. de Neurologie*, avril 1906 ; *Bulletin médical*, 11 janvier 1908 ; *Journal de médecine*, 25 janvier 1908 ; *Journal des Praticiens*, 8 août 1908. F. Lévy et A. Baudouin. *Les névralgies et leur traitement. Les actualités médicales*, 96 p. *Baillière*, Paris, 1909. F. Lévy. *Diagnostic des névralgies faciales. Presse médicale*, 1909, 9 juin, n° 46.

externe. Les organes dangereux, artère transverse de la face, maxillaire interne et veines correspondantes, sont situés plus bas. L'artère méningée moyenne est plus postérieure.

b) *Nerf maxillaire supérieur.* — On prolonge verticalement le bord postérieur toujours nettement perceptible de

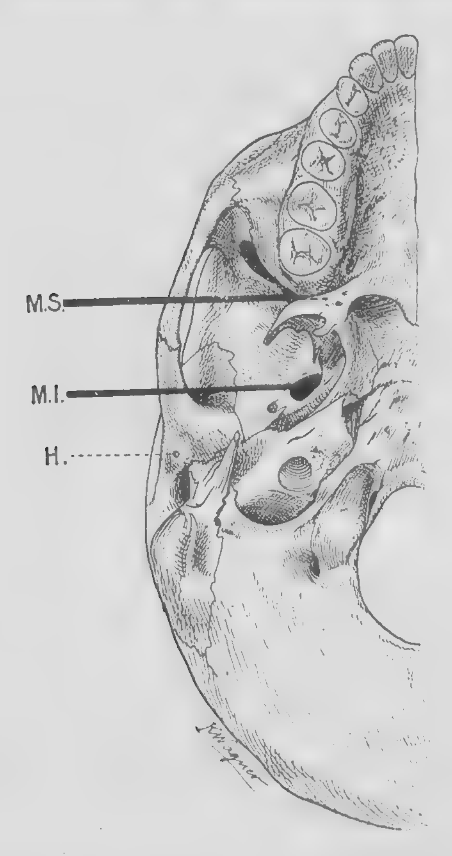


Fig. 4. — Base du crâne. H, heurtoir; M.I, point de pénétration de l'aiguille pour l'injection au trou ovale; M.S, point de pénétration de l'aiguille pour l'injection au trou grand rond.

l'apophyse orbitaire de l'os malaire jusqu'au bord inférieur du zygoma. En ce point, au niveau de l'arcade, l'aiguille enfoncée est dirigée en haut et très légèrement en arrière à la profondeur de 5 centimètres, où elle atteint le tronc du nerf au plafond de la fosse ptérygomaxillaire.

c) Pour l'ophtalmique, nous avions essayé d'alcooliser le frontal et le lacrymal au fond de l'orbite. Cette injection ne

donnant guère de meilleurs résultats que celle du nerf sus-orbitaire, nous l'avons abandonnée.

Ces injections profondes aux trous de la base du crâne sont *les plus efficaces* et doivent garder la place prépondérante dans le traitement. On peut leur associer les injections périphériques (sus-orbitaire, sous-orbitaire, dentaire inférieur), pour lesquelles, il y a quelque temps, nous avons donné les repères que voici :

1° *Nerf sus-orbitaire.* — Rechercher à l'union du 1/3 interne et des 2/3 externes du rebord supérieur de l'orbite l'échancrure où passe le nerf. Faire la piqûre sur l'ongle de l'index servant à la fois d'indicateur pour l'opérateur, de point d'appui pour l'aiguille et de protecteur pour le globe oculaire sous-jacent ;

2° *Nerf sous-orbitaire.* — Enfoncer l'aiguille à l'insertion du lobe du nez (extrémité supérieure du sillon nasogénien) et l'orienter obliquement en haut, en arrière et en dehors suivant la direction inverse du canal sous-orbitaire ;

3° *Nerf dentaire inférieur.* — Tenir compte de l'obliquité en bas, en avant et en dedans ;

4° *Nerfs palatins.* — Le malade a la bouche ouverte. A 1/2 centimètre en dedans du rebord interne de l'arcade et au niveau de l'interstice de la première et de la deuxième grosse molaire supérieure, on enfonce l'aiguille. Celle-ci sera couchée sur la lèvre inférieure. On pénétrera facilement dans le large canal palatin postérieur.

Après notre description des injections profondes à la base du crâne et la publication des résultats obtenus, nous avons été suivis par MM. Scherb et Ferrari, Brissaud et Sicard ; puis par Sicard, Patrick et Hecht (de Chicago), Bodine et Keller (de New-York). Ces derniers ont donné, disent-ils, leur préférence à notre procédé *because of its simplicity.*

Instrumentation. — Désireux avant tout d'éviter la blessure des vaisseaux de la face, nous nous étions servis au début d'une longue aiguille-mandrin graduée sur 5 centimètres à partir de la pointe. Nous avons renoncé à cet

instrument, parce qu'il est trop volumineux, parce qu'il ne permet pas de réaliser, chemin faisant, l'anesthésie locale et que, pratiquement, ceux qui employaient l'aiguille nue n'observaient pas d'accidents. M. Morestin m'a même dit combien étaient bénignes les suites des plaies des vaisseaux

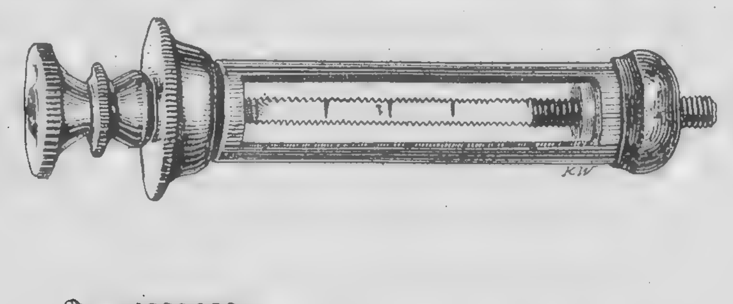


Fig. 5.— Seringue de Schlœsser, modifiée par Lévy et Baudouin pour injections du trijumeau.

de la face. Dans ses opérations faciales, il se contente de placer sur artères et veines des pinces qu'il retire à la fin de l'intervention. Jamais il ne lie et jamais il n'a eu d'hémorrhagies secondaires. A son avis, les artères et veines de la face ont une structure et une élasticité spéciales.

Nous sommes donc, M. Baudouin et moi, revenus aux aiguilles vissées sur seringue type Schlœsser. Nous en avons fait fabriquer un jeu de 5 centimètres (trou grand rond), 4 centimètres (trou ovale), 3 et 2 centimètres (trous périphériques).

Injections. — Le repérage de la branche nerveuse à injecter étant soigneusement effectué, on enfonce l'aiguille vissée sur la seringue de 2 cc. remplie d'une solution de cocaïne ou stovaïne au 1/100e. On progresse ainsi lentement « l'anesthésie à la main ». Au point d'arrivée on dévisse la seringue, on la charge d'alcool, on la revisse et on pousse lentement. Au bout de quelques minutes le sujet accuse une sensation de durcissement, d'engourdissement, puis de l'anesthésie variable dans son intensité et sa durée. Cette anesthésie ne saurait être considérée comme un critérium absolu de la réussite du traitement ; car, d'une part, les

douleurs peuvent disparaître sans qu'il y ait eu anesthésie, d'autre part, on les voit parfois persister malgré une anesthésie des plus nettes (anesthésie douloureuse).

M. Baudouin et moi, nous avons publié les légers incidents que nous observâmes (paralysies transitoires de la 6e paire et un cas de nécrose limitée à une partie du rebord alvéolaire), et qui n'ôtent rien à la valeur du traitement. Nous avons actuellement traité plus de 120 cas.

Les injections d'alcool agissent sur la grande majorité des névralgies faciales rebelles, le plus souvent rapidement, en quelques jours, parfois lentement en quelques semaines. Elles provoquent une névrite curatrice d'intensité et de durée variable.

J'ajouterai qu'à cause de la régénérescence des branches nerveuses *il ne faut pas pour l'instant parler de guérisons définitives en matière de névralgie faciale rebelle* (grande névralgie). Si je puis vous citer des cas de névralgies anciennes ne faisant plus souffrir depuis deux ans et demi et même trois ans et demi, j'ai à signaler des récidives au bout de quatre, six, douze et même vingt mois après les piqûres. De nouvelles injections arrivent assez bien à calmer ces réviviscences névralgiques, en général moins douloureuses qu'auparavant. On peut à juste titre conclure avec Schlœsser que les injections d'alcool constituent de vraies « résections nerveuses temporaires ».

Elles remplacent avantageusement les interventions chirurgicales, parce que, tout d'abord, elles ont une action efficace, parce qu'ensuite elles ne sont nullement nocives et qu'enfin elles ne laissent à leur suite aucune trace cicatricielle.

CARIES SECONDAIRES A LA MÉDICATION LACTIQUE

Par P. VANEL,

Chef de clinique à l'Ecole dentaire de Paris.

Depuis quelques années, des préparations diverses médicamenteuses à base de ferments lactiques, sont devenues d'un usage courant : lait sous différentes formes, bouillon, poudre, comprimés. Je me suis particulièrement occupé de ces produits, et j'ai eu l'occasion, le bonheur d'observer quelques cas de caries dentaires, secondaires à la médication lactique, caries multiples, à évolution rapide, en général proximales. Ces faits, par leur importance, leur intérêt, leur nouveauté, m'ont paru dignes de vous être rapportés.

Nous savons, au point de vue étiologique, que, parmi les causes occasionnelles de la carie dentaire, les acides et en particulier l'acide lactique, jouent un rôle extrêmement important. Grâce aux conditions favorables du milieu, la cavité buccale présente à l'état normal une flore microbienne très variée, et nous savons depuis les travaux de Vignal, de Miller et de bien d'autres, que, pour la plupart, ces microbes produisent la fermentation lactique ou décalcifiante. Croyez-vous que l'introduction dans la cavité buccale d'un produit riche en acide lactique et en ferments lactiques ne soit pas un grave danger pour le système dentaire? De cette façon, on produit un réel ensemencement de la muqueuse buccale, mais ce n'est plus ici une flore bienfaisante qui va se développer, c'est au contraire la flore occasionnelle par excellence de la carie dentaire. Le milieu buccal va devenir rapidement acide, cette acidité se renouvellera même avec rapidité, la salive sera impuissante à neutraliser un tel liquide, et la carie apparaîtra bientôt.

D'autre part, l'acide lactique peut agir non seulement localement, mais encore par l'intermédiaire de la circulation générale, ce qui ne fait qu'augmenter son action destructive. En effet, il est permis d'appliquer au système den-

taire l'action que présentent les acides sur le système osseux en général. Hennequin et Lœvy se sont du reste, il y a quelques années, occupés de cette question dans leur traité « Les fractures des os, leur traitement pratique ». Ils ont alors très bien montré l'influence nuisible que peut avoir sur la minéralisation osseuse en général l'injection d'acides et le rôle qu'elle joue dans la pathogénie et la cure des lésions osseuses.

Dans les préparations lactiques en question, que faut-il incriminer le plus, les bacilles ou le milieu ? Les bacilles jouent certainement le plus grand rôle. Il faut en effet des conditions spéciales à leur développement, entre autres un milieu non acide et riche en matière sucrée. La cavité buccale et la salive se présentent donc comme favorables au développement de cette flore bactérienne : température constante de 35° au moins la meilleure ; milieu riche en aliment sucré ; disposition convenable à leur développement ; dilution continuelle du liquide ambiant, s'opposant à l'élévation du taux de l'acidité ; au-dessus en effet d'un certain chiffre, cette activité même devient un obstacle au développement de la fermentation lactique.

On doit aussi, il me semble, incriminer les divers milieux qui les renferment, comme cause favorisante. Examinons ces différents milieux. Nous avons d'abord le lait, sous plusieurs formes : kéfir, koumys, lait caillé, leben, yaourth. Tous ces produits, obtenus par ensemencement, présentent après quelques heures une acidité très marquée :

Après 24 heures, la lacto-bacilline contient de 10 à 11 grammes d'acide lactique par litre.

Le koumys de 24 heures, 9 gr. 5 environ ; les jours suivants on atteint facilement 10 grammes et 11 grammes.

Le kéfir présente 6 à 8 grammes d'acide par litre.

Le leben 10 à 15 grammes et plus.

Le poids moléculaire de l'acide lactique étant 90, étant mono-atomique, la solution déci-normale d'acide lactique est 9/1000. Ces différentes préparations lactées équivalent donc, dans leur teneur minimum en acide, 9 à 10 grammes

par litre, à peu près à une solution déci-normale. Or, les solutions d'acide lactique ne sont sans action sur les tissus dentaires que jusqu'au millième. Par conséquent, ces différents milieux, vu leur taux d'acidité, attaqueront facilement les dents.

Les bouillons lactiques peuvent être soit des bouillons peptonés et sucrés, soit des bouillons végétaux et sucrés. Ils sont en général moins acides que le lait fermenté au début ; plus tard ils deviennent très acides et d'autant plus qu'ils sont plus anciens. On peut donc leur adresser les mêmes objections.

Les poudres et comprimés, peu acides par eux-mêmes, peuvent être facilement absorbés sans être mis au contact des dents. Malheureusement ces produits sont peu employés, étant d'une action thérapeutique moindre.

Comment supprimer cet inconvénient ; comment s'opposer à l'action de ces solutions acides sur les dents ? On peut neutraliser le produit au moment de l'usage avec du bicarbonate de soude ou de la craie par exemple, mais par cette manœuvre on diminue l'action du produit.

Neutraliser le produit avant serait dangereux, car on favoriserait ainsi le développement des ferments de la putréfaction.

Une manœuvre intéressante dans le cas des produits lactés consiste à décanter le petit lait ; on peut arriver ainsi à diminuer sensiblement l'acidité. Cette décantation est avantageuse à tous points de vue, puisque tous les bacilles, partie active la plus importante du produit, restent dans le feutrage de caséine et que le petit lait, très acide, moins actif, est rejeté.

Au point de vue dentaire, le procédé prophylactique, le plus simple, consiste à pratiquer, après chaque prise de produit, un lavage de bouche èt des dents minutieux à la brosse, à la poudre alcaline et à l'eau de Vichy.

Par cette étude, nous avons eu pour but non pas de discréditer les ferments lactiques, qui sont une médication pré-

cieuse, mais de mettre en garde nos confrères et de leur indiquer les conseils qu'il est nécessaire de donner au malade qui va suivre une cure de ferments lactiques.

Observations.

Mme D., 47 ans. Antécédents héréditaires et personnels hépatiques. Système dentaire parfait. Souffre depuis longtemps de lithiase biliaire. Le traitement lactique est institué et prolongé. Etat général mauvais. Etat buccal défectueux.

Jusqu'à ce jour n'a jamais souffert des dents ; quelques caries de jeunesse soignées et obturées.

Après plusieurs mois de traitement par les ferments lactiques, caries multiples, seize siégeant surtout à la mâchoire supérieure.

Je n'ai pas traité la malade, son état général ne lui permettant pas de supporter mes soins. Je ne l'ai jamais revue, car elle est décédée quelques mois après.

M. B., 36 ans. Pas de renseignements sur antécédents héréditaires ou personnels. Malade affaibli, maigre, par entérite datant de plusieurs années. C'est, il est vrai, un malade qui ne se soigne pas sérieusement. Hygiène alimentaire déplorable.

Etat-bucco dentaire : quelques dents sont absentes, sept présentent des obturations.

L'année dernière, le malade ayant fait les manœuvres revient très fatigué avec une crise violente d'entérite. Il prend alors régulièrement plusieurs fois par jour, au moment des repas, du bouillon lactique.

Après 6 mois, le malade qui, depuis quelque temps, souffrait des dents, est pris subitement d'une crise de pulpite. Il se rend chez son dentiste, qui relève la présence de huit caries assez avancées, dont deux troisièmes degrés.

Il ne s'était pas écoulé dix mois entre les deux examens de bouche.

Mlle D., 35 ans. Antécédents héréditaires hépatiques. Antécédents personnels : c'est une constipée qui a déjà été traitée par l'électricité il y a plusieurs années. Amélioration passagère.

Etat bucco-dentaire : jusqu'au 1er janvier 1908, la malade n'a eu comme lésions dentaires qu'un 4° de l'incisive latérale supérieure droite sans carie (Trépanation, pâte antiseptique, ciment, aurification). A la fin de 1908 : troubles digestifs. Constipation avec crise douloureuse.

Plusieurs traitements ayant été appliqués sans succès, la malade est mise au régime du lait caillé, un à deux bols par jour entre les repas. Quatre mois environ après le début du traitement, elle vint me trouver, se plaignant de souffrir aux variations de température, dans la région des molaires inférieures. L'examen me révéla deux caries

du 2° assez volumineuses situées sur les faces mésiales des 1re et 2e grosses molaires inférieures gauches et une petite carie du 2° sur la face distale de la 1re grosse molaire supérieure droite. Après obturation à l'amalgame, je conseillai à la malade les lavages de bouche et les bains de bouche à l'eau de Vichy, après chaque prise de lait. Depuis, aucune nouvelle carie ne s'est formée.

M. V., 30 ans. Antécédents héréditaires et personnels bons. Etat buccal parfait. Il n'existe dans la bouche que deux caries du deuxième degré, traitées et obturées à l'amalgame il y a dix ans.

Au début de 1908 : crise d'entérite, traitée par la lacto-bacilline : un à deux bols par jour.

Six mois environ après le début du traitement, douleur légère aux variations de température et à la mastication, dans la région des grosses molaires.

A l'examen de la bouche, on relève trois caries de faces triturantes des grosses molaires ; obturation d'amalgame ou aurification.

Le traitement lactique est continué, mais, après chaque prise, lavage de bouche minutieux avec solution alcaline. Aucune nouvelle carie en décembre 1909.

Comme conclusion, je dirai que, si les produits lactiques sont une médication précieuse qui rend dans bien des cas différents de réels services, elle n'est pas non plus sans reproches : elle détermine en effet assez souvent des accidents stomacaux et urinaires, voire même bucco-dentaires. Cependant le lait aigri entre en Orient pour une grande part dans l'alimentation journalière de tous ; cela est vrai, mais il y a un monde entre les laits aigris d'Orient et ce que l'on nous délivre ici en France. Le lait aigri oriental est, si je puis m'exprimer ainsi, une fermentation naturelle, polymicrobienne et non pas une culture pure sélectionnée, une préparation saturée de ferments et d'acides lactiques. Les ferments lactiques sont incontestablement un médicament précieux en thérapeutique intestinale ; la préparation de choix serait, à mon avis, en comprimés, comprimés qui ne devraient se désagréger que dans l'intestin : ainsi, aucune action à craindre sur le tube digestif supérieur, bouche, estomac. Je serais heureux de voir apparaître ce nouveau procédé.

REVUE DES REVUES

ANATOMIE ET PATHOLOGIE DU CANAL MANDIBULAIRE. LES ACCIDENTS DE LA DENT DE SAGESSE

Par G. Adain,
Ancien interne des Hôpitaux de Versailles.

Tout le monde connaît les accidents qu'entraîne parfois l'éruption tardive de la dent de sagesse. Nous ne passerons pas en revue l'historique très long que comporte la question depuis Avicenne, Urbain Hémard, Fauchard, Jourdain jusqu'à Heydenreich, et jusqu'aux travaux modernes. Il n'est guère de question plus observée, plus décrite. Et malgré cela on peut faire dans son histoire deux chapitres : le plus long, qui va du XVI[e] siècle à Heydenreich (thèse d'agrégation), le plus petit, de Heydenreich à nos jours. Pendant la première période, pour ne parler que des données pathogéniques, on ne tient compte que d'une théorie, la théorie mécanique : l'espace qui sépare la 2[e] molaire de la branche montante est trop étroit. La dent, comprimée dans sa loge, fait éclater des accidents, et tout le cortège des suppurations découle de la seule irritation des tissus.

On nous expliquera plus tard (Mad. Pelletier) qu'il s'agit là d'un fait d'évolution, que la région post-molaire se rétrécit avec l'âge des peuples ; que, très large chez des races inférieures prognathes, elle tend à disparaître chez des races évoluées ; la dent de sagesse disparaît en un mot faute de place, mais son évolution à l'étroit amène des complications de toute nature : douleur, suppuration, nécrose, névrite, etc.

Pendant la 2[e] période, on n'est pas satisfait de ces données, qu'on relègue au second plan. On fait la classification des causes : la théorie mécanique devient une cause adjuvante, tandis que la théorie microbienne détermine les accidents. L'application des découvertes pastoriennes fait tout d'un coup tomber ici, comme ailleurs, les idées recueillies par de nombreuses générations. Les observations ne subsistent qu'en tant qu'observations cliniques. Et ce fait a immédiatement d'autres conséquences : celles de rattacher des symptômes entre eux, et de les faire découler les uns des autres depuis le symptôme initial. On arrive ainsi à ne plus considérer certaines manifestations que comme des phénomènes secondaires, au grand bénéfice du diagnostic d'abord, et du traitement ensuite. C'est là tout l'intérêt des théories modernes que nous allons exposer.

Théorie de Redier. — Cette théorie se résume tout entière dans l'axiome suivant : « les accidents ne se produisent jamais avant que la dent ait percé la muqueuse ». Il est facile dès lors de comprendre ce qui se passe après la perforation d'une gencive résorbée : le bourrelet se décolle sous la poussée dentaire et, par la petite porte ouverte tout autour du petit grain de riz qu'est le tubercule, la flore buccale, avec la salive et les débris alimentaires, trouvent un abri pour la pullulation des germes. Il se fait là un foyer d'infection qui gagne les territoires voisins, mais on ne dit pas comment. Au reste, il faut avouer qu'il s'agit là d'une partie seulement de la question : celle des accidents muqueux, car il existe des dents incluses, à l'abri des germes buccaux. Et même quand il s'agit de dents partiellement sorties, on s'attendrait à voir de semblables accidents affecter les autres dents, dont le processus éruptif est analogue.

Théorie de Capdepont. — C'est d'ailleurs sur ce point que s'appuie Capdepont pour consolider la théorie de Redier, à l'aide d'un mécanisme spécial. Pour lui « il est peu probable que des germes ayant pénétré par une ulcération superficielle puissent, sans exaltation préalable de leur virulence, l'attaquer de dehors en dedans. Il faut « un vase clos » pour que les germes se développent.

Et c'est dans l'interprétation très ingénieuse de la radiographie qu'il le découvre : la dent de sagesse s'oriente d'arrière en avant, vient butter de front contre la deuxième molaire, et c'est dans ce glissement en force contre sa voisine qu'elle coupe son sac folliculaire, et l'ouvre dans un petit cul-de-sac rétro-molaire, où les germes buccaux sont accumulés. Ils pénètrent dans le sac. La moindre réaction muqueuse ferme l'orifice et voilà le vase clos constitué. De là l'abcès gagne les régions voisines par le système des lymphatiques. Très jolie comme théorie, il faut admettre néanmoins qu'elle est incomplète. Quand la deuxième molaire est absente même depuis longtemps, quand son alvéole est comblé, comment les accidents de la troisième molaire peuvent-ils éclater ? Capdepont invoque alors une fistulette invisible qui, du sac folliculaire de la dent de sagesse, s'ouvre dans l'alvéole voisin infecté. Il y a là un point faible qu'on ne peut contester et qui suffit à réserver cette théorie à des cas spéciaux. Quant aux lymphatiques, il faut bien admettre qu'ils suivraient, dans la localisation de certains accidents auriculaires ou craniens, une distribution mal connue et que l'auteur a le tort de ne pas expliquer.

Théorie de Moty. — La théorie de Moty date de 1901. « A l'avènement des doctrines microbiennes, dit-il, on trouve sous la gencive des brèches multiples ; mais alors pourquoi cette localisation spéciale à la dent de sagesse ? La discussion fut soulevée à la Société de chirurgie à propos de l'angine de Ludwig. On vit alors « qu'on associait dans la pathogénie des accidents les traumatismes répétés, la com-

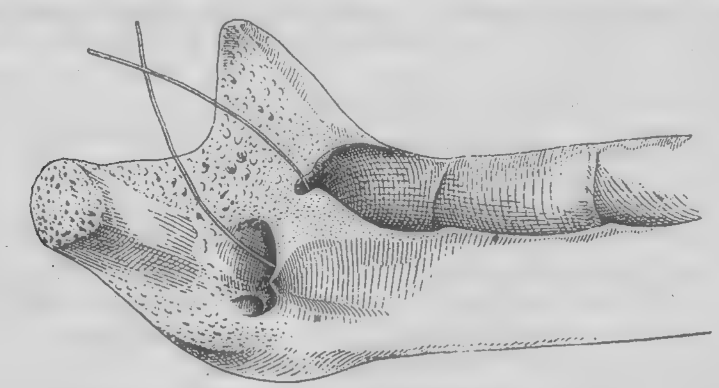
pression ou l'étranglement, et l'infection par un microbe variable ». Cependant il était toujours impossible d'expliquer par ces éléments pathologiques les accidents qui surviennent après l'éruption des dents de sagesse saines ayant eu toute la place nécessaire pour évoluer et même très au large dans l'arcade. « Dès lors nous fûmes amenés à émettre dans la discussion l'opinion suivante : quelle raison donner de cette suppuration naissant dans la profondeur sans que l'on puisse trouver les voies d'accès des germes extérieurs ? » Et Moty explique la formation de l'abcès par la suppuration des débris épithéliaux appendus aux racines dentaires ! Mais il est difficile d'admettre des débris épithéliaux suppurant d'eux-mêmes et la théorie de Moty reste incomplète faute d'une voie d'accès suivie par les germes pathogènes.

Nous sommes amenés dès lors à exposer notre théorie qui nous fut inspirée par le Dr R. Robinson, et par une communication qu'il fit à l'Académie des sciences en 1906.

Les figures jointes au texte nous permettront d'être bref.

Il existe chez les fœtus, à côté des deux canaux dentaires transisitoire et permanent, un troisième canal dentaire, que Robinson a appelé canal mandibulaire, pour l'assimiler au troisième canal que W. Krause décrivit sur le maxillaire du lapin. Ce troisième canal semble présider au développement des follicules dentaires de la troisième dentition. Il apparaît vers le 6e mois, se forme grâce à un petit pont osseux émané de la lame de Spix, et qui vient isoler un petit canal, de la gouttière maxillaire.

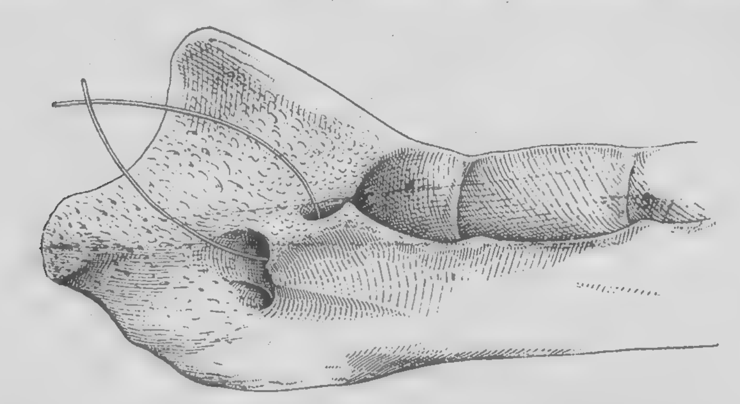
Nos figures dessinées d'après trois maxillaires de 6, 7 et 8 mois 1/2



Maxillaire d'un fœtus de 6 mois, branche du canal mandibulaire.

montrent comment se forme le canal mandibulaire. Dès lors, il s'accroît comme l'os, débouche dans le canal dentaire permanent et s'ouvre en arrière de la dent de sagesse dans le tissu aréolaire rétro-dentaire. La radiographie fait voir son trajet en général coudé, parfois

direct, ainsi que le montre un dessin sans explication exécuté par Jacob dans l'atlas de Bourgery. Ce canal en général disparaît vers la 8e année, à l'âge où les dents de sagesse sont ébauchées. Son rôle est



7e mois. — Le pont osseux parti de la lame de Spix se rapproche de la lame externe.

alors fini, il doit disparaître par un processus analogue à la disparition du canal dentaire inférieur chez le vieillard après la chute des dents. Mais il n'en est pas toujours ainsi, le canal persiste souvent et demeure toute la vie ; nous l'avons retrouvé à divers âges chez l'adulte et le dessin que nous présentons montre son ouverture derrière la dent de sagesse.



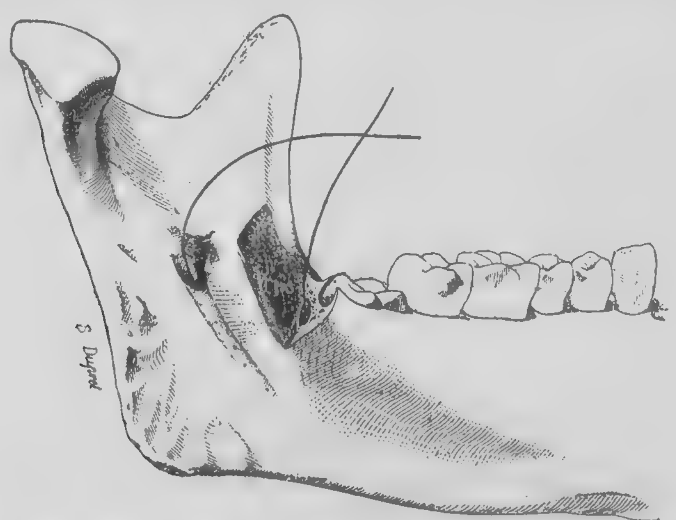
8 mois 1/2. — Le canal est complet, fermé vers la gouttière maxillaire.

Or ce canal contient une veine, une artériole, un rameau nerveux, branches des vaisseaux et nerfs dentaires. Nous l'avons vu par la dissection et par l'injection des vaisseaux.

Donc il reçoit le contre-coup de tout ce qui circule dans le réseau de la maxillaire interne, dont la veine dentaire inférieure est un rameau

de premier groupe, et réciproquement toute irritation, toute affection veineuse, émanée du canal mandibulaire, pourra et devra avoir une systématisation rigoureuse.

Partant de ce point de vue, auquel nous conduit l'étude anatomique, il nous était aisé de voir qu'elle concordait avec les études anatomo-pathologiques de Moty d'une part, avec les observations cliniques d'autre part. Moty montrait qu'il s'agissait de « phénomènes d'ostéomyélite, dont la voie de propagation n'est autre que le canal dentaire inférieur », et Tuffert, Gaujot, M. le Dr Mouchet dans une observation qu'il a bien voulu nous confier, constataient des phénomènes infectieux du côté de l'amygdale, du palais de l'os maxillaire, de l'œdème, des phénomènes de myosite interstitielle, des névrites parfois graves, et le tableau superposé, pour ainsi dire, à la distribution de la veine maxillaire interne, se terminait dans plusieurs observations par une sinusite mortelle. Dans nombre de cas on trouve l'otite moyenne, la kératite, la parotidite, etc., et nous savons qu'il s'agit là de territoires en rapport plus ou moins direct avec la dent de



Maxillaire 23 ans. — Trajet du canal mandibulaire.

sagesse par le système veineux. Nous avons donc le droit de conclure nettement que :

1° La systématisation des suppurations et des accidents nerveux implique la systématisation des voies d'accès.

2° La veine mandibulaire, quand elle persiste, constitue la porte d'entrée des germes, au point physiologiquement irrité par la dent de sagesse évoluant dans un espace étroit.

3° La distribution de la veine maxillaire interne explique la distribution des lésions.

4° Réciproquement, elle peut expliquer le point de départ de l'infection.

Voilà donc trop brièvement résumée la théorie que nous donnons des accidents de la dent de sagesse. Nous n'avons pas la prétention de changer quelque chose au traitement qu'ils comportent. Le traitement n'a pas varié depuis les temps anciens où Fauchard, Bourdet, faisaient sauter la dent de sagesse, ouvraient les abcès, traitaient les fistules en retirant les séquestres. Il est aujourd'hui moins timide parce qu'il est plus sûr de sa technique : les incisions se font plus larges, les grattages et les résections plus complets, mais il reste un traitement symptomatique comme autrefois.

Il n'en est pas de même du diagnostic et c'est là que notre théorie peut avoir un intérêt, parce qu'elle permet de voir autre chose qu'une lésion locale. Il faudra penser à la dent de sagesse en présence d'une otite moyenne, d'une parotidite, d'un phlegmon de l'amygdale, d'une thrombo-phlébite de la jugulaire externe, et parfois pris à temps, le traitement de la cause permettra d'arrêter les progrès de l'infection. Au reste toute suppuration, toute réaction nerveuse, dans le territoire de la maxillaire interne, devra faire penser à la dent de sagesse. Le pronostic peut-il être amélioré parfois ? Nous le croyons aussi et chaque fois qu'on notera le signe donné par Vincent, l'anesthésie du nerf dentaire inférieur, il sera bon d'intervenir hardiment, d'aller trépaner au point où se trouve la dent de sagesse incluse pour éviter les accidents qui déjà se signalent dans le canal dentaire inférieur par la névrite et par un processus infectieux atteignant les vaisseaux pour se propager de là dans une zone où le pronostic s'égare quelquefois.

(Progrès médical.)

FRACTURE DE LA MANDIBULE A LA SYMPHYSE

Par M. Steeves, de Boston.

Les fractures peuvent survenir en un point quelconque du maxillaire, si une force suffisante est appliquée dans cette direction pour produire une fracture. Beaucoup d'auteurs prétendent qu'on ne peut jamais avoir de fracture à la symphyse. Je n'ai pu trouver d'articles sur la question, mais un cas m'en a été signalé à l'hôpital de New-York et le cas suivant a été vu par moi.

Franc. G., scandinave, 12 ans, famille tuberculeuse, m'est envoyé par M. F. Coolidge.

Il y a deux mois, en jouant, il tomba sur la chaussée et se frappa le

bas du menton contre une petite pierre ; une contusion s'ensuivit avec douleur des incisives centrales inférieures. Au bout de quelques jours augmentation de l'enflure avec formation de pus, ébranlement des incisives et formation de vaste poche purulente se dirigeant vers le menton. Le médecin, M. Coolidge, ouvrit la poche, ce qui amena un abondant écoulement de pus ; en quelques jours l'incisive droite commença à se raffermir dans son alvéole, mais la gauche demeura branlante et le pus continua à s'écouler par l'ouverture faite au menton.

Quand le patient m'arriva, après un examen attentif je constatai que la sonde remontait par le trajet jusqu'à ce qu'elle rencontrât la racine de la centrale gauche.

Les précautions antiseptiques furent prises. L'incisive centrale gauche fut extraite. Le crépitement était distinct, mais léger, à cause de l'équilibre des fragments par suite de la traction musculaire égale sur ceux-ci. L'os carié fut enlevé avec une grosse fraise et le trajet fut tamponné de gaze iodoformée. Deux jours après, cette gaze fut enlevée, tout fut nettoyé, une attelle en coiffe fut cimentée sur les dents inférieures (de la première molaire à la première) et un pansement d'H_2SO_4 dilué fut employé tous les deux jours pendant quinze jours ; au bout de ce temps le patient fut congédié pour revenir quinze jours après, lorsque le menton serait complètement fermé. Le patient revint à l'expiration de ce délai ; l'attelle fut enlevée ; la guérison était complète.

(*It. of interest,* novembre 1908.)

LA FORCE MÉCANIQUE, SON ACTION ET SA RÉACTION DANS LA BOUCHE

Par J. A. BUTTARD, de Chicago.

Toute poussée ou toute traction, d'une origine quelconque, exercée sur une partie de la matière s'appelle force. Les forces agissent toujours entre deux parties différentes de la matière.

Case, dans son *Orthopédie dentaire,* compare la dent à un levier. Or, il y a trois genres de leviers, possédant chacun les trois éléments : puissance, point d'appui et poids. Quand les éléments sont disposés suivant cet ordre, le levier est du premier genre. Avec la puissance et le point d'appui aux extrémités et le poids au milieu, le levier est du deuxième genre. Quand les éléments sont placés ainsi : poids, puissance, point d'appui, il est du troisième genre.

Une dent dans son procès alvéolaire, lorsqu'une pression est exercée sur elle, développe les trois éléments d'un levier. Par exemple,

en avulsant une bicuspide supérieure, la couronne représente le bras de la puissance du levier. La racine, entourée dans le procès, représente le bras du poids et, pour mouvoir le poids (c'est-à-dire le procès labial), il faut allonger le bras de la puissance en saisissant la couronne de la dent avec un davier, puis en mouvant le poids dans le sens de la moindre résistance (en poussant le procès labial), la dent ou levier est dégagée, le point d'appui se trouvant à l'apex).

D'après une loi des leviers, l'élément moyen d'un levier en équilibre est égal aux deux autres.

Quand une dent est dans un milieu sain normal dans la bouche, la plus grande force ou puissance est appliquée sur les faces occlusales ou tranchantes. La partie de la dent qui est hors du procès alvéolaire est le bras de la puissance ; le procès est le poids ou résistance ; la racine, le bras du poids ; le procès à l'apex de la racine, si celle-ci repose dans un tissu sain, est le point d'appui. Le poids dans ce cas est entre la puissance et le point d'appui, de sorte que la dent agit comme levier du genre le plus puissant, et, si tout est normal, le procès doit résister à l'action de la force sur la couronne et à sa réaction à l'apex du point d'appui.

Les tissus environnant les dents à restaurer peuvent avoir subi des changements pathologiques à un moment donné et auront moins de résistance vers l'apex d'une racine qu'à d'autres points de l'alvéole, de sorte que si nous exerçons une force sur cette dent levier, cela correspond à un levier du premier genre, ayant sa puissance et son poids aux extrémités et son point d'appui au milieu.

Supposons qu'il s'agisse de couronner une racine de bicuspide chancelante dans le procès alvéolaire. Pour évaluer le laps de temps pendant lequel cette dent rendra des services, une fois couronnée, il faut tenir compte de la couronne ou bras de la puissance, car plus la couronne sera longue, plus la résistance des tissus environnants devra être grande, comparativement à la longueur de la racine.

Il peut être nécessaire d'employer la même racine comme support pour l'extrémité d'un bridge de quatre dents d'une deuxième molaire à la première bicuspide. Dans ce cas la force à exercer sur ce levier est doublée ou triplée par l'augmentation de la face occlusale supportée par les dents supports, d'où, en fait, une augmentation de la longueur du bras de la puissance.

Tous les appareils posés dans la bouche peuvent être classés de cette manière et construits de manière à augmenter leur service en appliquant ces principes.

La longueur des cuspides des dents joue un rôle dans l'effort exercé sur la couronne et la racine, formant, comme ils le font, des plans inclinés contre lesquels la force est exercée. Quand nous confectionnons des cuspides engrenant sur des obturations, des couronnes ou

des ponts, l'effort latéral est grandement augmenté lorsque des petits morceaux de matière dure sont saisis entre les plans inclinés opposés des dents supérieures et inférieures pendant les mouvements de la mâchoire.

Ces surfaces inclinées peuvent souvent rendre de grands services si elles sont formées en construisant des couronnes, des ponts ou des dentiers, de manière à employer la force développée sur elles par l'action des dents opposées lorsqu'elles engrènent en occlusion pendant la mastication.

(Dental Review.)

RÉUNIONS ET CONGRÈS

Ve CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL
Berlin 23-28 août 1909.

COMPTE RENDU
(Suite [1].)

Par Georges Villain, D. D. S.
Professeur suppléant à l'École dentaire de Paris.

IV. — Travaux des sections.

Section d'anatomie, physiologie et histologie *(suite)*.

M. le Dr Guider Fischer, de Greifswald : *Des nouvelles découvertes dans l'histoire de l'évolution histologique des dents.* En faisant des examens microscopiques du développement des dents le conférencier s'est occupé surtout du rôle de l'épithélium et a découvert de nouveaux faits très importants et de grande valeur au point de vue histologique et pathologique.

Il a trouvé que les couches épithéliales externe et interne se soudent en un épithélium commun, pendant le développement de la jeune couronne, qui prolifère jusqu'avant l'éruption de la couronne.

A mesure que le chapeau d'émail avance il se produit peu avant l'éruption l'union de l'épithélium susmentionné avec l'épithélium de la bouche. En face de la pointe de la couronne il se produit une résorption de la couche épithéliale tandis que de sa partie latérale l'épithélium envoie des proliférations dans le tissu du sac dentaire.

Il se forme la papille muqueuse qui entoure circulairement le collet de la jeune dent.

La gaine épithéliale du nouveau germe prend une part active à la formation de la racine. Elle prolifère toujours avant la couche superficielle d'odontoblastes conservant la forme et la structure de la racine. Ce prolongement épithélial reste réuni et résistant à la pointe, tandis que la partie en arrière est tiraillée de plus en plus. Il se forme de petits amas de cellules, les débris de Malassez, qui restent réunis entre eux et ne représentent pas, comme on le croit depuis Malassez, des groupes isolés. La formation de la pointe de la racine étant achevée, la gaine épithéliale se lâchera de sorte que le périoste de la

1. V. *L'Odontologie* des 15, 30 septembre, 15, 30 octobre, 15, 30 novembre, 15, 30 décembre 1909, 30 janvier et 15 février 1910.

racine sera entouré par un filet épithélial à mailles lâches qui reste toujours en rapport avec l'épithélium de la bouche et peut être pris en considération dans le revêtement des kystes.

M. Schrœder-Benseler, de Cassel : *L'articulation normale dans le crâne leptoprosope et chamaeoprosope, la construction osseuse architectonique dans le visage supérieur au-dessus de l'articulation normale. La grandeur naturelle du maxillaire supérieur comme base anatomique scientifique de l'orthopédie de la mâchoire, après l'examen d'un total de* 11.000 *crânes et de* 3.000 *vivants.* La construction osseuse architectonique dans la partie supérieure du visage au-dessus de l'articulation normale (déclusion) varie selon la largeur du palais de l'arcade dentaire.

L'intérieur du nez et les fosses dépendent jusqu'à un certain point de la largeur du palais, de telle sorte qu'au-dessus d'un large palais avec une large arcade dentaire se construit un squelette nasal de largeur normale avec de larges narines et de larges fosses, tandis qu'au-dessus d'un palais étroit se construit un squelette nasal étroit. Il existe certainement une corrélation préformée (d'après Kollmann) entre la partie supérieure du visage d'une part, et le squelette nasal et le palais d'autre part.

La largeur normale de la fente nasale respiratoire est décisive pour la respiration nasale libre et dépend de la largeur normale du palais.

Le type normal dans l'architecture de la partie supérieure du visage humain est le type large, chamaeoprosope, la forme de visage étroite, leptoprosope représente le type anormal.

La largeur et la longueur de la mâchoire sont indépendantes de la grandeur totale du crâne. Dans un visage chamaeoprosope se trouve généralement un palais large avec de larges arcades dentaires, dans un crâne leptoprosope un palais étroit avec arcade dentaire étroite. Mais il y a de nombreuses exceptions qui présentent le cas contraire.

La largeur normale de la mâchoire supérieure est établie par la nature. C'est pourquoi la mâchoire normale supérieure, dont les rapports de grandeur sont complètement déterminés, doit servir de base à notre orthodontie.

MM. Virchow et Richter prirent part à la discussion.

M. Vincenzo Guerini : *Sur une erreur d'un grand anatomiste concernant les dents.* L'assertion de Joseph Hyrtl, que le tartre est plutôt utile que nuisible à la conservation des dents, est complètement erronée.

Egalement erronée est l'opinion de cet auteur, que chez les personnes âgées, lorsque les dents semblent s'allonger et que les gencives se rétractent, les dépôts de tartre peuvent former une sorte de moyen de consolidation des dents, et que, par conséquent, ces dépôts doivent être laissés intacts.

Comme les œuvres de Hyrtl sont très répandues et très accrédi-tées, il faut appeler l'attention du monde médical sur les dites erreurs, afin d'en éviter les pernicieuses conséquences pratiques.

Cette communication est discutée par MM. Scheff et Adloff.

M. Rob. Hoewer, de Stolberg (Prov. rhénane) : *L'origine du tuberculum articulaire chez l'homme.* Dans ses examens « Sur les variations du tuberculum articulaire » Lubosch conclut que entre la ligne de la couronne et la protubérance articulaire il existe un causalnexus intime de telle façon que la ligne de couronne telle qu'elle se présente chez les hommes détermine la conformation de la protubérance articulaire. Avant lui Spee, Peckert entre autres, avaient établi une connexion égale des deux composants, mais avec cette différence que ces deux savants faisaient au contraire provenir la formation de la ligne de couronne de la conformation articulaire.

Or il est prouvé que la ligne de couronne de l'homme moderne très développée concorde d'une manière extraordinaire avec celle des chiens brachycéphales, qu'en outre chez le chien dolichocéphale cette ligne est construite d'une manière beaucoup plus fuyante, plus primitive, ainsi que Lubosch l'a décrit pour les hommes et pour les anthropoïdes. Et cependant les deux anthropoïdes ainsi que le chien dolichocéphale rendent la ligne dans ses traits principaux.

Il s'ensuit que les chiens brachycéphales et dolichocéphales se trouvent pour ce qui concerne le développement de la ligne de couronne dans les mêmes rapports que l'anthropoïde et l'homme. Il en résulte en outre que si le développement de la ligne de couronne chez les hommes a, dans le sens de Lubosch, mûri la protubérance articulaire, le chien brachycéphale doit aussi témoigner de la même transformation dans son articulation. Mais tous deux, le chien brachycéphale ainsi que le dolichocéphale présentent une surface articulaire plane sans que le premier ait subi une variation dans sa conformation articulaire.

Il faut donc répondre négativement à la question : la conformation de la ligne de couronne, telle que chez les hommes, nécessite-t-elle la présence d'un tuberculum articulaire ?

Mais au contraire de l'articulation des canidés, celle des hommes présente un autre composant, celui de la poussée en avant horizontale.

Mais ce mouvement postério-antérieur n'est pas ainsi possible ; car au contraire des anthropoïdes, la mandibule s'est transformée d'une labidodontié en une psalidodontié. Il en résulte qu'un mouvement en avant de la mandibule est rendu impossible si l'on n'a pas soin d'éloigner la mâchoire inférieure de la mâchoire supérieure de façon que les incisives inférieures puissent surmonter celles du maxillaire opposé.

Et c'est seulement en cela que réside l'importance du tuber-

culum articulaire, le facteur qui rend possible l'abaissement de la mâchoire inférieure.

Pour appuyer cette opinion nous avons cherché parmi les mammifères de nouveaux exemples analogues.

Chez les macropodinæ, en particulier dans les plus grandes formes telles que les macropus onychogale nous trouvons une conformation articulaire semblable à celle de l'homme, c'est-à-dire une fosse glénoïde et un tuberculum articulaire bien construit. Mais nous ne trouvons, et nous le mentionnons spécialement, aucune ligne de couronne semblable à celle de l'homme.

L'articulation des mâchoires de ces animaux est constituée de telle sorte que la mandibule peut exécuter un mouvement en avant extraordinairement grand. Mais les pointes des molaires qui pénètrent l'une dans l'autre s'opposent ensuite à une poussée en avant. C'est seulement quand cette opposition est surmontée que le mouvement antério-postérieur de la mâchoire inférieure peut s'accomplir.

Bien qu'elles ne soient pas si distinctes, les conditions chez les Bostaurus et autres ungulata sont tout à fait semblables.

Nous en concluons donc :

1° La formation de la racine de l'os jugal transversal en un tuberculum articulaire telle qu'elle se présente chez les hommes modernes repose tout d'abord et principalement sur la transformation de la mâchoire pithéoïdique labidodontique en un type psalidodontique ;

2° La ligne de couronne telle qu'elle se présente chez les hommes modernes très développées est la conséquence nécessaire d'un raccourcissement de la ligne de base à l'intérieur du tronc des primats ;

3° La ligne de couronne et le tuberculum articulaire sont tous deux des formations secondaires qui ne sont pas développées l'un après l'autre en causalnexus réciproque, mais probablement l'une à côté de l'autre.

M. ROBERT HOEVER, de Stolberg : *Casuistique de la déformation des dents et des mâchoires chez les animaux. I. Persistance de 9 dents de lait et absence de 2 molaires dans un crâne de chien.* Les dérivations du type ordinaire sont répandues non seulement chez les hommes, mais aussi chez les animaux, et de telle sorte que nous avons dû cesser de les comprendre sous le nom collectif « d'anomalie » et de les considérer dans leur étiologie comme les suites du sucement du pouce, de la respiration par la bouche, etc. En grande partie il s'agit bien plus de phénomènes profonds, d'une part de phénomènes régressifs, mais d'autre part des conséquences d'un développement progressif.

Chez les canidés dont les aïeux tertiaires présentent la formule dentaire $\frac{3143}{3143}$ la mâchoire s'est, d'une part, tellement développée que chez l'octocyon, dont le schéma de la mâchoire est $\frac{3144}{3144}$, le nombre maximum de molaires est atteint parmi les mammifères hétérodontes récents,

mais d'autre part il se présente une réduction du nombre des dents qui atteint son maximum chez les chiens sauvages de l'Extrême-Orient, les cuonïdes, en effet ils ne possèdent plus que deux molaires dans la mâchoire supérieure et inférieure $\frac{3142}{3142}$, tandis que nos chiens domestiques présentent la formule $\frac{3142}{3143}$.

Or nous rencontrons aussi la continuation de la réduction des dents dans le crâne de chien qui nous intéresse, dans lequel également les deux dernières molaires inférieures ne se sont pas formées.

Nous voyons donc que cette anomalie n'en est en réalité point une, mais qu'il ne s'agit que d'un phénomène de développement progressif à l'intérieur du genus canis, phénomène qui a sa dernière raison dans la tendance progressive au raccourcissement de la mâchoire.

Dans le domaine des incisives supérieures — dans la région caninale du crâne en question nous voyons persister les deux canines de lait et cinq incisives de lait. Mais la sixième incisive lactéale n'a été perdue que peu de temps avant la mort du chien (un petit épagneul), peut-être aussi pendant la macération, ainsi que l'indique la fusion sur le limbus alveolaris. L'arcade des incisives lactéales est située exactement naso-dorsale des arcades dentaires substitutives, sans cependant les déranger dans leurs situations réciproques.

Dans la mâchoire inférieure les deux canines de lait persistent, mais ici nous trouvons aussi sur le bord alvéolaire des vraies incisives des marques qui indiquent une ancienne persistance des dents de lait.

Nous avons donc accepté comme démontrée une persistance des canines de lait dans les arcades dentaires de la mâchoire supérieure aussi bien que dans la mandibule.

Cet état original, cette anomalie indique aussi d'autre part qu'ici il ne s'agit pas absolument d'une simple anomalie, mais que l'on doit rechercher des raisons plus profondes pour son explication.

Dans ce cas des considérations onto et philogénétiques indiquent que cet état particulier doit très probablement être rapporté au développement progressif de l'os, soit qu'après la venue des rangées de dents de lait une croissance normale du maxillaire n'a plus eu lieu, de ce fait l'intervalle entre les dents de lait et les dents permanentes a été démesurément agrandi, soit que l'arcade des dents permanentes dans la tendance de raccourcissement ait précédé l'os dans sa même tendance, alors que dans la règle le raccourcissement de l'os est naturellement primaire, et celui de l'arcade dentaire n'est que secondaire.

Mais, et nous devons le faire remarquer, ce ne peuvent être des dérangements intra ou extrautérins qui ont amené artificiellement ces difformités.

(A suivre.)

FÉDÉRATION DENTAIRE NATIONALE (F. D. N.)

(Association française de Sociétés dentaires.)

La Fédération dentaire nationale s'est réunie le samedi 19 février à 9 heures du soir au siège social, 28, rue Serpente (hôtel des Sociétés savantes), sous la présidence de M. Francis Jean, président.

Après approbation des procès-verbaux des 21 mai et 3 août 1909 et lecture de la correspondance, comprenant notamment la lettre du professeur Jessen, que nous publions d'autre part, une nouvelle société dentaire a été admise dans la Fédération : la Société des dentistes de Nice.

L'assemblée a approuvé l'organisation de la sous-section dentaire au 3e Congrès international d'hygiène scolaire qui se tiendra en août prochain à Paris, telle qu'elle est établie actuellement, ratifié la nomination de M. Godon comme un des vice-présidents, de M. G. Villain comme un des secrétaires et de M. Roy comme un des rapporteurs de cette sous-section, décidé de collaborer à ce Congrès et délégué M. Siffre pour l'y représenter.

Elle a décidé également que la F. D. N. recevra la F. D. I. lors de la réunion de celle-ci à Paris les 25 et 26 mars prochain.

Elle a constitué une commission comprenant un représentant de chacune des sociétés adhérentes pour dresser une liste de candidats français et étrangers à soumettre au jury chargé de l'attribution du prix Miller.

Le Bureau a été chargé, avec l'adjonction de MM. Grimaud et Siffre, d'étudier la question des services dentaires dans l'armée.

L'assemblée a approuvé le rapport de M. Delair, trésorier, auquel elle a adressé des remerciements.

Elle a procédé au renouvellement du bureau. Ont été élus : *président*, M. Francis Jean ; *vice-présidents*, MM. Grimaud et Pont ; *secrétaire général*, M. Blatter ; *secrétaire-adjoint*, M. Barden ; *trésorier*, M. Richaume.

Enfin elle a décidé de publier chaque année un *Annuaire*, et s'est séparée après avoir fixé sa prochaine réunion à mars prochain.

FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNATIONALE
(F. D. I.)

Session de Berlin, Palais du Reichstag (22 août 1909).

LISTE DES MEMBRES PRÉSENTS

CONSEIL EXÉCUTIF.

Bureau. — MM. Godon (Paris) ; R. Weiser (Vienne) ; J. H. Mummery (Londres) ; Schaeffer-Stückert (Francfort-sur-le-Mein) ; Aguilar (Madrid).

Membres. — MM. Walkhoff (Munich) ; Dieck (Berlin) ; Hahl (Berlin) ; Hielscher (Cologne) ; Brophy (Chicago) ; W. B. Paterson (Londres) ; W. Guy (Edimbourg) ; W. Harrison (Brighton) ; Rosenthal (Bruxelles) ; L. R. Weber (La Havane) ; Roy (Paris) ; Guerini (Naples) ; J. J. Rojo (Mexico) ; Smith-Housken (Christiania) ; Ayräpää (Helsingfors).

MEMBRES DE LA F. D. I. ET DÉLÉGUÉS.

1° *Allemagne :* MM. Schaeffer-Stückert (Francfort-sur-le-Mein) C. E. ; Walkhoff (Munich) C. E. ; Hahl (Berlin) C. E. ; Dieck (Berlin) C. E. ; Hielscher (Cologne) C. E. ; Sachs (Berlin) ; A. S. Jenkins (Dresde) ; Röse (Dresde) ; Jessen (Strasbourg) ; Goldenberg (Berlin) ; Roth (Strasbourg).

2° *Amérique (Etats-Unis) :* MM. Herbert Wheeler (New-York) C. E. ; Waldo E. Boardman (Boston) ; Crawford (Nashville) ; Everton Horley (Springfield).

3° *Angleterre :* MM. Paterson (Londres) C. E. ; W. Guy (Edimbourg) C. E. ; Waller Harrison (Brighton) C. E. ; Mummery (Londres) C. E. ; Cunningham (Cambridge).

4° *Australie :* M. Geo. Payn Keepold (Melbourne).

5° *Autriche-Hongrie :* M. Weiser (Vienne) C. E.

6° *Belgique :* MM. Rosenthal (Bruxelles) C. E. ; Maystads (Verviers) ; Huet (Bruxelles).

7° *Danemark :* MM. Carl Christiensen (Copenhague) ; Wigh (Copenhague).

8° *Espagne :* MM. Aguilar (Madrid) C. E. ; Subirana (Madrid) ; José Lakoso (Valence) ; Amado (La Corogne) ; Subian de Armo (Bilbao) ; Manuel Palacios Diaz (Durango).

9° *France :* MM. Francis Jean (Paris) C. E. ; Godon (Paris) C. E. ; Roy (Paris) C. E. ; Villain Georges (Paris) C. E. ; Choquet (Paris) ; Vichot (Lyon) ; Amoëdo (Paris).

10° *Italie :* MM. Guerini (Naples) C. E. ; Bargnoni (Rome) ;

11° *Mexique :* M. Rojo (Mexico) C. E. ;

12° *Norvège :* M. Smith-Housken (Christiania) C. E. ;

13° *Russie :* MM. Ayräpää (Helsingfors, Finlande) C. E. ; Gawrousky (Moscou) ; Aspelund (Helsingfors, Finlande) ; de Vongl-Swidersky (Saint-Pétersbourg) ; Harold Stern (Saint-Pétersbourg) ; Daubry (Saint-Pétersbourg) C. E. ; Max Schnakerberg (Pskow) ; Weber (Finlande) ; Kovarski ; Zverjekhovski.

14° *Suède :* MM. Albin Lenhardtson (Stockholm) ; Hyalmar Carlson (Gothembourg) ;

15° *Cuba :* MM. Weber (La Havane) C. E. ; Weis, Sayas Bazan.

Un grand nombre d'adhérents libres et de visiteurs étaient en outre présents.

SÉANCE DU CONSEIL EXÉCUTIF.

La séance est ouverte à 9 h. 1/2 sous la présidence de M. C. Godon (de Paris), président d'honneur.

ORDRE DU JOUR :

Adresse du président (M. Sauvez). Historique de la F. D. I. (1900-1904). Travaux de la F. D. I. (1904-1909). La F. D. I. et le Congrès de Berlin.

Rapports du secrétariat général. Sur l'année 1908-1909 (M. Sauvez). Sur l'organisation du Congrès de Berlin (M. Schaeffer-Stückert).

Rapport du trésorier (M. Aguilar). Nomination de la Commission de vérification des comptes.

Rapport du président (M. Sauvez). La F. D. I. et les Congrès internationaux de médecine. Désignation des membres qualifiés pour continuer l'œuvre internationale de la F. D. I. (art. 16). — Nomination d'une Commission. Vœux et résolutions à soumettre au Congrès. Modifications aux Statuts et Règlement.

Rapport de la Commission du Prix Miller (M. Röse).

Propositions diverses.

M. GODON donne lecture d'une lettre d'excuses de M. Sauvez et de sa proposition d'être remplacé à la présidence de la session par le président d'honneur, proposition acceptée par ce dernier à la session de Bruxelles, à condition que M. Sauvez soit empêché de se rendre à Berlin (V. p. 70 du compte rendu de la session de Bruxelles).

M. GODON met aux voix la proposition de M. Sauvez, qui est adoptée à l'unanimité.

M. GODON prend la présidence. Il donne lecture de l'adresse préparée par M. Sauvez, qui est accueillie par des applaudissements unanimes[1].

---

1. Voir *Odontologie.* Compte rendu du Congrès de Berlin, 15 septembre 1909.

RAPPORT DU SECRÉTAIRE GÉNÉRAL SUR L'ANNÉE 1908-1909.

M. SCHAEFFER-STUCKERT donne lecture de ce rapport préparé par M. Sauvez.

Messieurs et chers confrères,

J'ai dû cette année encore doubler ma charge de président de celle de secrétaire général et assurer l'exécution des décisions de la session de Bruxelles, la publication de son compte rendu, et la correspondance relative aux affaires courantes et au Congrès de Berlin.

Exécution des décisions :

Conformément aux décisions du Conseil exécutif, nous avons transmis à M. Brophy les félicitations de la F. D. I. et à la *British Dental Association* vos remerciements pour la publication en anglais du compte rendu de la session d'Amsterdam.

Nous avons informé M. Carasquilla et M. Villiam Dum de leur admission, le premier comme délégué de la Colombie, le second comme membre de la F. D. I. Nous avons également informé MM. Versheysen et Platschick (de Milan) que leurs démissions étaient acceptées.

Nous avons, après entente avec M. Weiser, transmis à M. Szigmondy votre désir de le voir retirer sa démission. Mais notre intervention fut inutile et par une lettre toute bienveillante d'ailleurs M. Szigmondy maintient sa démission.

Nous avons également communiqué à l'Union dentaire russe vos félicitations pour son attitude à l'égard du Congrès médical de Budapest.

Quant à ce Congrès, nous avons exécuté le mandat que vous nous avez confié et transmis à son président les observations faites à Bruxelles. La réponse de M. Arkövy vous sera lue à la correspondance et elle laisse toujours entrevoir que le Comité d'organisation des Congrès médicaux qui va être formé sera utilement saisi de nos revendications.

Publication du compte rendu de Bruxelles.

Cette publication a été le gros travail du secrétariat, nous avons essayé d'y mettre le plus possible d'ordre et de clarté et d'y donner les documents importants dans les deux langues les plus usitées. Nous avons emprunté à nos amis du *British Dental Journal* l'idée de la liste alphabétique ; indiqué les modifications aux statuts, donné les comptes rendus des séances des Commissions, etc.

L'inévitable retard causé par les documents qui manquent s'est encore produit, nécessitant une correspondance assez importante.

Du reste de la correspondance nous n'avons guère à signaler que celle avec M. Schaeffer-Stückert, le très laborieux secrétaire du Congrès, et les demandes de renseignements concernant le Congrès, les unes auxquelles nous avons répondu nous-même, les autres que nous avons transmises aux Comités nationaux d'organisation.

Nous sommes intervenu, sur la demande de la Fédération dentaire

espagnole, afin que la langue espagnole soit reconnue officielle au Congrès de Berlin, et nous avons sans peine obtenu satisfaction.

Nous avons reçu des demandes d'admission de M. Kapamadjian (Dardanelles) et de la *Vereeniging Von Nederlandsche Tandartse.*

Nous avons eu le très vif regret d'apprendre la mort de notre dévoué et fidèle confrère Harlan, dont nous avons tant apprécié les conseils judicieux et la haute intelligence.

En dehors de ce triste événement, vous le voyez, cette année n'offre rien de saillant : c'est la période d'attente et de préparation de ce beau Congrès auquel nous allons assister et qui marquera une nouvelle étape de notre F. D. I.

LE PRÉSIDENT propose ensuite de voter des remerciements à M. Sauvez pour le travail exécuté dans la publication des comptes rendus de la session de Bruxelles, la préparation de la session actuelle et les regrets de l'assemblée qu'il n'ait pu assister à la séance et l'espérance de le voir aux réunions prochaines. Adopté à l'unanimité.

LE PRÉSIDENT propose, étant donné le travail considérable imposé à M. Schaeffer-Stückert comme secrétaire général du Congrès, de lui adjoindre pour la session de la F. D. I. comme secrétaire-adjoint pour l'anglais, M. Paterson, de Londres, et pour le français M. G. Villain, membre adjoint de la délégation française.

Cette proposition est adoptée.

LE SECRÉTAIRE fait connaître que, sur la demande de la délégation espagnole, l'espagnol a été accepté comme l'une des langues officielles du Congrès ; il y avait simplement omission.

M. le professeur WALKHOFF, de Berlin, président du Ve Congrès dentaire international, souhaite la bienvenue aux membres de la F. D. I. « Nous nous excusons, dit-il, de n'avoir pu faire mieux, nous n'avons pas l'habitude de la préparation de ces grands Congrès et nous remercions les Comités nationaux de l'aide qu'ils nous ont apportée. Nous sommes heureux de vous voir venus si nombreux au Ve Congrès dentaire international qui sera, nous l'espérons, digne des précédents. »

M. SCHAEFFER-STUCKERT ajoute quelques mots et donne tous les renseignements relatifs à l'organisation du Congrès dont il soumet le mode d'ouverture à l'appréciation du Conseil exécutif.

L'ouverture du Congrès se fera de la façon suivante :

1° Adresse de bienvenue par le Comité d'organisation ;

2° Ouverture du Congrès par le président de F. D. I. qui proposera la ratification de la nomination du Bureau ;

3° Installation du Bureau, ouverture des travaux.

Une réception des membres du Congrès aura lieu à l'Hôtel de Ville le lundi 23 au soir, par le Conseil municipal de Berlin ; le nombre des invitations étant limité à 400, le Comité d'organisation propose de remettre à chacun des présidents des Comités nationaux

un nombre d'invitations proportionnel au nombre d'adhérents du pays au Congrès, ces cartes devant être remises par lui comme il le jugera à ses compatriotes.

Les séances auront lieu chaque jour de 9 heures à 6 heures.

M. SCHAEFFER-STUCKERT propose que la prochaine réunion de la F. D. I. se tienne samedi, immédiatement après la clôture du Congrès. A cette assemblée générale se fera l'élection du président de la prochaine session.

M. HIELSCHER, de Cologne, président de la Fédération des sociétés dentaires allemandes, souhaite la bienvenue aux membres du Congrès de Berlin.

LE PRÉSIDENT remercie les organisateurs du Ve Congrès, qui réunirent jusqu'à cette date 1.800 adhésions dont la moitié de membres étrangers ; ces chiffres, suffisamment éloquents, font honneur aux organisateurs.

LE PRÉSIDENT symbolise la réunion dans le Parlement allemand par le titre de « Parlement professionnel international ».

LE PRÉSIDENT fait remarquer la place occupée par la F. D. I. dans l'organisation de ce Congrès, elle devient la *Commission permanente des Congrès internationaux*. Il est heureux et pense que les membres de la F. D. I. doivent se féliciter de voir à côté des représentants assidus comme ceux de l'Allemagne, de l'Angleterre, des États-Unis, de l'Espagne, de l'Italie, de la Russie, de la France, etc. des membres venus de Cuba, de Norvège, de Finlande, du Mexique, d'Australie représenter les sociétés professionnelles de ces pays éloignés. De plus en plus tous les États sont représentés à cette Fédération qui a permis de faire aboutir les réformes qu'elle préconise dans certains de ces pays, résultat dont on peut à juste titre être fier.

M. GUY, d'Edimbourg, rend hommage à la mémoire de M. Harlan : « C'est une profonde blessure, dit-il, ouverte au cœur de la F. D. I. Nous devons beaucoup à l'habileté et à l'intelligence de Harlan, c'était une figure sympathique, il avait le don de s'attirer l'amitié de tous.

» Disparu, son génie et sa grande personnalité resteront profondément gravés dans notre souvenir. Dans cette salle, au moment de commencer nos travaux que cet ami nous manque ! Payons notre tribut d'admiration à celui que nous avons tous connu et apprécié comme un confrère loyal, un conseiller écouté et un ami sincère. »

LE PRÉSIDENT demande que tous s'associent à cet hommage rendu à la mémoire de M. Harlan, en disant combien chacun ressentit une triste émotion en ne trouvant pas aujourd'hui Harlan au milieu d'eux, lui qui avait assisté à toutes les sessions de la F. D. I.

Il est décidé que les représentants des divers pays ne répondront pas à l'adresse de bienvenue, ces réponses devant être faites à la séance d'ouverture du Congrès.

LE PRÉSIDENT donne lecture d'une lettre de M. Rojo, de Mexico, qui, au nom du Comité national mexicain : 1° demande l'admission de cette Société à la F. D. I. ; 2° propose deux membres pour faire partie du Conseil exécutif.

M. AGUILAR propose de surseoir à ces demandes jusqu'à la prochaine séance.

M. ROSENTHAL lit l'article 3 des statuts et demande de se conformer au règlement.

M. PATERSON fait remarquer que ces statuts n'ont pas encore été ratifiés par l'assemblée de la F. D. I. et qu'ils devront l'être à cette session.

LE PRÉSIDENT pense que la première proposition peut être accueillie tout de suite, la deuxième devant être soumise à une commission qui examinera les diverses propositions faites en cette séance, cette commission devant prendre le nom de commission des vœux et propositions.

LE PRÉSIDENT met aux voix l'admission du Comité national mexicain. Adopté.

La nomination des représentants de cette société au Conseil exécutif est renvoyée à la Commission des vœux et propositions. Cette commission sera également chargée de dresser la liste des membres du Conseil exécutif pour le renouvellement des mandats; cette Commission sera la même que celle des vœux et propositions, elle est composée ainsi après vote :

Allemagne : Schaeffer-Stückert.
Amérique du Nord : Brophy.
Amérique du Sud : Rojo.
Angleterre : Paterson.
Autriche : Weiser.
Espagne : Aguilar.
France : Godon.

LE PRÉSIDENT donne lecture : 1° d'une lettre de la Société norvégienne des chirurgiens-dentistes informant que M. Smith-Housken a donné sa démission de membre du Conseil exécutif de la F. D. I. et proposant son remplacement par M. Emmanuel Ottensen, élu par les membres de la dite Société norvégienne. Cette proposition est renvoyée à la Commission des vœux et propositions ;

2° D'une lettre de M. Dubeau, informant que le gouvernement du Canada a nommé un délégué officiel au Congrès de Berlin et s'excusant de ne pouvoir y participer ;

3° D'une lettre de M. Sébastien Carraquilla, recteur du Collège dentaire de Bogota, demandant à être nommé membre du Conseil exécutif de la F. D. I. comme délégué colombien. Renvoyé à la Commission ;

4° D'une lettre de M. Weiss, demandant l'admission de la Société dentaire de la Havane. Admission prononcée à l'unanimité ;

5° D'une lettre de M. William Dunn, de Florence, demandant à être admis à la F. D. I. L'admission avait déjà été acceptée ;

6° D'une lettre de M. Kapamadjian, des Dardanelles, demandant son admission. Renvoyé à la Commission.

M. Aguilar, trésorier, lit son rapport :

« Votre trésorier a l'honneur de vous présenter le compte rendu financier de la F. D. I. depuis la dernière session tenue à Bruxelles et l'état des comptes au 25 août 1909 :

1° Recettes : Recouvrement des cotisations de membres.	2.875	»
2° Dépenses :		
a) Remboursement à la trésorerie des sommes avancées pendant les exercices précédents et en liquidation de ces comptes	2.015	10
b) En acompte sur frais d'impression	500	»
c) Location du local et dépenses accessoires	80	»
Session de Bruxelles :		
d) Compte rendu sténographique (M. Read)	237	»
	2.832	10
En caisse au 25 août 1909	42	90
Total	2.875	»

Permettez-moi de signaler que pendant les cinq années qui constituent la seconde période de la F. D. I. (du Congrès de Saint-Louis à celui de Berlin) l'état des recettes et des dépenses s'établit ainsi :

Recettes :				Dépenses :			
Années 1904-05	2.415	90		Années 1904-05	2.400	»
— 1905-06	1.550	»		— 1905-06	954	»
— 1906-07	1.575	»		— 1906-07	3.840	»
— 1907-08	2.550	»		— 1907-08	2.912	»
— 1908-09	2.875	»		— 1908-09	817	»
Total	10.965	90		Total	10.923	»

Nous arrivons à la fin de cette seconde période de la vie de la F. D. I. ayant eu la possibilité d'équilibrer le budget malgré la lourde dette avec laquelle nous commencions, en raison des dépenses qu'a occasionnées la première année de cette période à Saint-Louis.

Il est vrai que nous avons encore à rembourser partie des frais d'impression des comptes rendus de la session dernière (Bruxelles) avancés par M. Sauvez et s'élevant à la somme de 2000 fr. ; mais, cette somme sera largement couverte par les cotisations dues et qui seront perçues pendant cette session.

Ainsi, nous, Comité exécutif, nous verrons expirer notre mandat en ne laissant aucune dette à nos successeurs, ayant fait face à toutes les dépenses de la F. D. I. pendant ces cinq années.

Votre trésorier est heureux de remercier les comités nationaux qui l'ont assisté dans la tâche délicate pour le recouvrement des cotisa-

tions des membres de leur pays respectif, et particulièrement les comités anglais et australien qui ont très régulièrement effectué les paiements de tous leurs membres. »

MM. Rosenthal, Harrison, Francis Jean, sont nommés membres de la Commission de vérification des comptes.

M. *Lenhardtson,* de Stockholm, propose la formation d'un Comité international permanent pour l'hygiène dentaire composé non seulement de dentistes, mais aussi d'hommes éminents appartenant aux institutions scolaires, hygiénistes, membres du Parlement, etc., comme cela existe en Allemagne ; ce Comité prendrait le nom de Comité central d'hygiène dentaire. — Renvoyé à la Commission.

Le secrétaire, M. *Schaeffer-Stückert,* rend compte des démarches faites auprès du Bureau du Congrès de médecine de Budapest. Les statuts de ce Congrès acceptés à Lisbonne ne peuvent être changés et l'acceptation des dentistes à ce Congrès ne peut donc être rapportée. Mais, cette année le Congrès doit formé un Comité permanent d'organisation des Congrès, dont le rôle sera à cet égard semblable à celui de la Fédération. La F. D. I. a été pressentie pour que ses vœux soient envoyés afin d'être examinés par le Congrès de Budapest. Il propose de formuler une demande d'admission, MM. Walkhoff et Aguilar étant chargés de la présenter et de l'appuyer de leur autorité.

Le président fait remarquer que l'action de la F. D. I. a porté son fruit.

M. Paterson propose la nomination d'une Commission pour la rédaction de cette demande.

MM. Schaeffer-Stückert, Guy, Roy, Aguilar et Rojo sont nommés.

Le président soumet les vœux et propositions transmis à la F. D. I.

1° Vœu de M. Aguilar demandant que les réunions de la F. D. I. aient lieu tous les deux ans.

MM. Rojo et Roy appuient cette proposition.

M. Schaeffer-Stuckert fait remarquer qu'il faudra reporter les Congrès à six années au lieu de cinq.

M. Guy est opposé à l'acceptation de cette proposition, il fait remarquer que la plupart des questions mises à l'ordre du jour d'une session ne peuvent être définitivement résolues dans cette même session pour des causes variées, notamment la consultation des comités ou fédérations nationales ; cette consultation, si la proposition Aguilar était adoptée, entraînerait la remise de toute résolution à quatre années. D'autre part, pendant ce laps de temps, deux années, d'autres questions importantes peuvent surgir et nécessiter des discussions immédiates. Il faut assurer la continuité des travaux, ceci étant à ses yeux de première nécessité ; il termine par ces mots : « Pouvons-nous dire

qu'il n'y a pas suffisamment de questions à étudier pour justifier nos réunions annuelles ? Certes non ».

M. Roy répond que les inconvénients résident dans la possibilité de rencontrer certaines questions à résoudre tout de suite, mais le bureau du Conseil exécutif peut, dans l'intervalle, prendre des décisions et les faire ratifier à la plus prochaine session, ce bureau agissant en commission permanente.

M. Francis Jean appuie les arguments de M. Roy et propose que les Congrès internationaux se tiennent tous les six ans.

M. Paterson ne partage pas cette opinion. Les Congrès doivent-ils avoir lieu tous les cinq ou six ans ? De là dépend la solution ; à son avis la question importante actuelle est celle de l'hygiène buccale qui nécessite de longs efforts. Il n'est pas éloigné d'accepter à titre d'essai la remise de la prochaine réunion à deux années, mais il est opposé à ce qu'on en fasse une règle.

M. Harrison appuie la proposition de M. Paterson et demande que l'on fixe immédiatement l'époque du Congrès.

M. Mummery appuie M. Guy.

M. Aguilar retire sa proposition.

M. Rojo la reprend en son nom.

M. Guérini croit que la F. D. I. doit continuer à se réunir tous les ans.

Le président propose que le bureau se réunisse tous les ans, le Conseil exécutif tous les deux ans ou tous les ans, au cas de nécessité, et les Congrès tous les six ans.

M. Guy combat cette proposition.

M. Roy propose, à titre d'essai, de remettre la prochaine réunion à deux ans.

M. Aguilar rappelle que les membres du Conseil exécutif seuls ont droit au vote.

Le président met aux voix la proposition de M. Guy demandant le maintien du *statu quo*, qui est adoptée par 7 voix contre 5.

Le président propose de déposer les archives de la Fédération à l'Institut international de Bibliographie de Bruxelles.

La Fédération dentaire nationale belge est nommée gardienne de ces archives. Accepté.

Le président demande l'augmentation des délégations au Comité exécutif, il propose de porter à 100 le nombre des membres du Comité exécutif. — Renvoyé à la Commission des vœux et propositions.

M. Aguilar rappelle sa proposition faite à la session précédente :

1° Que, à l'article 2 du règlement « la F. D. I. a pour but..... » On ajoute : « *e) De décerner le prix international Miller* ».

2° Que, à l'article 7 du règlement, après les mots «... du Conseil

exécutif » on ajoute : « *Il comprendra un rapport de chaque Comité national sur les progrès réalisés par la profession dans son pays, relatant particulièrement ce qui se rapporte à l'enseignement dentaire, à la déontologie, à la législation, à l'hygiène.* »

Le Président demande la formation d'une Commission des vœux et propositions ; il est décidé que les membres de la Commission de préparation de la liste des membres du Conseil exécutif formeront cette Commission.

M. Guy demande que les vœux, résolutions et modifications aux statuts adoptés par le Conseil exécutif soient soumis à l'adoption du Congrès.

M. Mummery, au nom de la délégation anglaise, invite la F. D. I. à tenir le prochain Congrès à Londres.

M. Francis Jean, au nom de la Fédération dentaire nationale de France, invite la F. D. I. à tenir ses assises l'an prochain à Paris.

M. Rosenthal demande si l'on ne pourrait pas faire coïncider cette réunion avec celle de l'A. D. S. E.

M. Schaeffer-Stuckert propose la réunion du Conseil exécutif de la F. D. I. le jeudi à 3 h. 1/2.

M. G. Villain propose la revision de la liste des membres de la F. D. I.

Ces propositions sont renvoyées à la Commission des vœux et propositions.

M. Rosenthal lit le rapport de la Commission des comptes.

« Le Comité de vérification des comptes du trésorier, après examen des livres et de la comptabilité, déclare les reconnaître exacts et félicite M. Aguilar du résultat obtenu grâce à sa bonne gestion.

» Le Comité regrette qu'un travail trop considérable soit imposé au trésorier par suite du retard apporté au règlement des cotisations. »

Ce rapport est adopté et des félicitations et remerciements sont votés au trésorier.

M. Jenkins lit le rapport de la Commission du prix Miller.

Le Président remercie cette Commission de son travail.

M. Aguilar propose que le prix soit attribué cette année.

M. Francis Jean pense que l'on devrait d'abord terminer la perception des fonds.

M. Aguilar appuie sa nouvelle proposition en notifiant que la réunion grandiose qui a lieu en ce moment à Berlin est tout à fait indiquée pour que le 1er prix Miller y fut décerné.

M. Roy pense que la Commission n'est pas suffisamment préparée pour l'attribution de ce prix, cette Commission doit s'entourer de tous les éléments d'appréciation possibles, se constituer une base de discussion et remettre l'attribution à une prochaine session, après avis des F. D. N.

M. MUMMERY est d'avis de renvoyer à l'an prochain, à Paris l'attribution de ce prix pour lequel la Commission n'a pas eu la possibilité de s'entourer autant qu'elle le devait de documents.

MM. Villain et Paterson parlent dans le même sens.

LE PRÉSIDENT demande qu'on se rallie à la proposition de M. Francis Jean appuyée par MM. Roy, Mummery, Paterson, G. Villain.

M. AGUILAR maintient sa proposition.

Par 9 voix contre 5, l'attribution du prix Miller est renvoyée à la session de 1910.

M. WHEELER prend la parole au nom du président de la « National Federation of the United States », M. Lee Thorpe, pour l'excuser auprès des membres du Conseil exécutif; il apporte les vœux et compliments de M. Carr à la F. D. I.

LE PRÉSIDENT remercie, il regrette de voir cette année si peu de collègues des Etats-Unis présents à la session.

M. ROSENTHAL propose la création d'une Commission de documentation et de bibliographie.

Renvoyé à la Commission des vœux et propositions.

M. AGUILAR dépose sur le bureau la copie espagnole des comptes rendus de la session de la F. D. I. à Bruxelles.

LE PRÉSIDENT remercie au nom de la F. D. I. la Fédération nationale espagnole de cette initiative.

La Commission du prix Miller présente les deux maquettes de médailles proposées pour le prix Miller, on procède au vote pour l'adoption de l'une d'elles.

LE PRÉSIDENT remercie M. Guerini qui procura la photographie du professeur Miller ayant servi à l'exécution de la médaille adoptée.

LE PRÉSIDENT dépose la brochure du compte rendu de la session de 1908-09 sur le bureau.

La séance est levée à 3 heures.

(A suivre.) G. VILLAIN.

HYGIÈNE

FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNATIONALE (F. D. I.)

COMITÉ EXÉCUTIF : Président : PATERSON, Londres.
Secrétaire général : SCHAEFFER-STUCKERT, Francfort-sur-le-Mein.
Trésorier : ROSENTHAL, Bruxelles.

COMMISSION D'HYGIÈNE H. C. F. D. I.

Président d'honneur : CUNNINGHAM, Cambridge.
Président : JESSEN, Strasbourg (Alsace).
Secrétaire : LENHARDTSON, Stockholm.

Strasbourg (Alsace), 9 février 1910.

A la Fédération dentaire nationale.

Le Comité central d'hygiène allemand qui, comme on sait, a fusionné avec la Commission d'hygiène de la F. D. I., est maintenant placé sous le patronage officiel du roi de Suède Gustave V, depuis le 1er février 1910.

Le développement de ce Comité fait de grands progrès.

Le 25 janvier s'est formé à Copenhague un *Comité danois d'hygiène dentaire infantile*, et le 2 février s'est constituée à Stockholm une *Société nationale suédoise d'hygiène buccale*. Ces deux sociétés ont commencé aussitôt à agir activement pour créer dans toutes les villes des cliniques dentaires scolaires qui introduiront l'hygiène dentaire dans tout le pays, dans toutes les écoles, dans l'armée, les hôpitaux, les caisses de secours mutuels en cas de maladie, etc.

Pour faciliter la propagande, le Bureau du Comité international d'hygiène a décidé de recommander aux divers Comités nationaux les moyens suivants destinés à introduire l'hygiène dentaire :

1° Un tableau mural (dents saines et dents malades).

2° Une petite brochure sur l'hygiène dentaire qu'il publie.

3° Une bonne brosse à dents, bon marché, fabriquée suivant ses indications.

Prière de porter ces faits à la connaissance des milieux intéressés.

Le président,
Professeur JESSEN.

I. H. C. — F. D. I.

LUTTE CONTRE UNE MALADIE POPULAIRE.

Le Vᵉ Congrès dentaire international a nommé dans sa 10ᵉ section tenue le 25 août 1909 dans le Palais du Reichstag à Berlin un *Co-*

mité international permanent d'hygiène buccale (I. H. C. — F. D. I.) avec 20 comités nationaux. M. Geo. Cunningham (Angleterre) en a été nommé président d'honneur ; le Prof. Ernest Jessen, de Strasbourg, président ; M. Albin Lenhardtson, de Stockholm, secrétaire. Il a été formé 20 comités nationaux qui ont pour mission de seconder l'action de ce Comité international. Ce Comité a été reconnu par la Fédération dentaire internationale comme constituant la Commission d'hygiène agrandie de celle-ci, qui a pour président d'honneur, M. Godon, de Paris ; pour président, M. Paterson, de Londres ; pour secrétaire général, M. Schaeffer-Stückert, de Francfort.

Ce Comité a pour but la création de cliniques dentaires scolaires urbaines, qui est un besoin d'hygiène populaire internationale de notre époque. C'est un moyen essentiel de prévenir et de combattre les maladies infectieuses, en particulier la tuberculose. La clinique dentaire scolaire urbaine a donc un double rôle : servir d'auxiliaire dans la lutte contre la tuberculose et du moyen d'enseigner la propreté et, par suite, aider à protéger efficacement l'individu contre les infections de tout genre. Le dentiste scolaire doit être hygiéniste, professeur et conseiller des parents et des enfants. Les dépenses qu'entraîne la création de cliniques dentaires scolaires sont peu de chose comparativement à celles que nécessitent d'autres créations pour combattre la tuberculose. Leur création sera réglée suivant la situation locale et, s'il surgit des difficultés, elle peut s'opérer sur le modèle de celles qui existent déjà en Allemagne. L'hygiène dentaire publique a une importance internationale absolue. Comme toutes les questions de civilisation, elle constitue un moyen de rapprochement entre les nations.

Le rôle des Comités nationaux est le suivant :

1° De fonder dans chaque pays un Comité central d'hygiène dentaire scolaire et dans les villes des Comités locaux rattachés à ce Comité central ;

2° De créer dans chaque ville et dans chaque arrondissement des cliniques dentaires scolaires ou de contribuer à leur création ;

3° De fournir aux écoles des moyens d'enseignement servant à éclairer la jeunesse sur l'hygiène dentaire, car l'instruction des enfants des écoles conduit tout naturellement à l'éducation du peuple et, par suite, à l'entretien de la santé populaire, comme il n'est pas possible de le faire par aucun autre moyen aussi simple.

L'hygiène dentaire scolaire est un moyen essentiel de combattre la tuberculose et l'enseignement dans cet ordre d'idées à l'école est le meilleur facteur de la création de dentistes scolaires et de cliniques dentaires scolaire

4° De fournir aux enfants pauvres des brosses à dents qui, fabriquées en grandes quantités, coûteront bon marché et seront bonnes ;

5° D'agir pour qu'un dentiste compétent soit nommé dans chaque pays au Ministère comme rapporteur de toutes les questions dentaires. Cela est absolument nécessaire pour la santé populaire avec l'importance de la dentisterie moderne.

Adresser toutes demandes de renseignements au prof. Jessen, 9, Schiltigheimerring, Strasbourg (Alsace).

Cliniques dentaires scolaires.

On signale la création de cliniques dentaires scolaires pour toutes les premières classes des écoles primaires de Winterthur (Suisse); des cliniques dentaires scolaires à Höchst et à Schöneberg (Allemagne).

Le Conseil municipal de Cologne a décidé d'assurer le traitement dentaire gratuit à tous les enfants des écoles primaires. Pour les 2.000 enfants de ces écoles la dépense prévue et inscrite au budget municipal est de 2.500 francs.

Le Conseil municipal de Mannheim a décidé, sur la proposition de la Commission scolaire, d'organiser à partir de la rentrée prochaine dans les écoles primaires communales un service dentaire en chargeant des soins et du traitement la Société locale de chirurgiens-dentistes, mais en laissant aux parents le choix du dentiste traitant. Il a voté en même temps pour la dépense de ce service une somme de 19.900 marks (le mark = 1 fr. 25).

Comité central allemand d'hygiène dentaire scolaire.

Le Comité central allemand d'hygiène dentaire scolaire s'est réuni au ministère de l'Instruction publique et des Cultes de Prusse et a décidé de publier une revue périodique pour provoquer dans le pays l'intérêt en faveur de l'œuvre poursuivie par le Comité. Cette revue aura pour rédacteurs : MM. Conrad Cohn et Erich Schmidt.

Le Conseil municipal de Berlin a voté une subvention de 12.500 francs à ce Comité pour aider au fonctionnement de ses cliniques. La première clinique fut ouverte le 1er mai dernier ; on sait qu'une deuxième doit être ouverte prochainement, suivie de plusieurs autres.

NOUVELLES

Concours à l'Ecole dentaire de Paris.

Dans sa séance du 13 février courant le Conseil de direction de l'Ecole dentaire de Paris a décidé que les concours suivants pour des postes de professeur suppléant seront ouverts à l'Ecole, le mardi 5 avril prochain.

1° *Clinique de chirurgie dentaire* : deux postes.

2° *Dentisterie opératoire clinique et pratique* : deux postes.

3° *Clinique de bridges et de couronnes* : un poste.

4° *Clinique de prothèse restauratrice* : un poste.

Conformément aux prescriptions du règlement général sur le recrutement du Corps enseignant, les demandes d'admission seront reçues au secrétariat jusqu'au 27 mars 1910 inclus.

Les candidats qui désirent recevoir le programme des concours peuvent le demander au secrétariat de l'Ecole.

Groupement de l'E. D. P. et de l'A. G. S. D. F.

Le Conseil général du Groupement s'est réuni le samedi 26 février, au siège social à 8 h. 1/2 du soir. Il a procédé d'abord à l'élection de la Commission exécutive.

Ont été élus :

Président : M. Godon ; *Vice-présidents* : MM. Francis Jean et L. Lemerle ; *Secrétaire général* : M. Blatter ; *Trésorier* : M. Bioux ; *Commissaires* : MM. Cecconi (Pontoise) ; Pont (Lyon) ; Monnin (Le Mans) ; Fouques, J. d'Argent, G. Viau, M. Roy.

Il a procédé ensuite à l'élection du Comité de rédaction et d'administration de *L'Odontologie*.

Ont été élus :

Directeur : M. Godon ; *Rédacteur en chef* : M. Roy ; *Secrétaire de la rédaction* : M. Dreyfus ; *Administrateur-gérant* : M. Miégeville ; *Membres* : MM. J. d'Argent, Francis Jean, Frey, L. Lemerle, G. Viau, Blatter, G. Villain, G. Robin.

A. G. S. D. F.

Le Conseil de direction de l'Association s'est réuni le samedi 26 février à 9 h. 1/2 du soir au siège social. Il a procédé à l'élection de son bureau.

Ont été élus :

Président : M. Francis Jean ; *Vice-présidents* : MM. Fouques et Monnin (Le Mans) ; *Secrétaire général :* M. Lalement (Paris) ; *Secrétaire-adjoint :* M. Bruschera ; *Trésorier :* M. Miégeville.

Il a procédé ensuite à la nomination de la Commission syndicale, du Conseil de famille mixte et de la Caisse de prévoyance.

Ont été élus :

Commission syndicale : MM. Francis Jean, Roy, Fouques, Blatter, Cernéa.

Conseil de famille mixte : MM. Dreyfus, Machtou, L. Lemerle.

Caisse de prévoyance : MM. Cecconi, Cernéa, Lalement (Paris), Miégeville.

*
* *

L'assemblée générale extraordinaire qui avait été décidée par l'assemblée générale annuelle du 23 janvier dernier s'est tenue le dimanche matin 27 février.

Elle a examiné et approuvé avec de légères modifications le projet de statuts et le projet de règlement intérieur et chargé le Conseil d'administration d'examiner et d'approuver les règlements de la Commission syndicale, de la Caisse de prévoyance et du journal *L'Odontologie*.

F. D. I. (Session de Paris).

La F. D. I. tiendra sa session annuelle les vendredi 25 et samedi 26 mars 1908, à Paris, à l'Hôtel des Sociétés Savantes, 28, rue Serpente, où elle sera reçue par la F. D. N. française, qui y a son siège social.

PROGRAMME DE LA SESSION.

Vendredi matin, 9 heures. — Séance d'ouverture.

Discours du président de la séance, du président de la F. D. N. du président de la F. D. I.

Allocutions des délégués étrangers.

11 heures. — Séance du Conseil exécutif.

Rapport du secrétaire général.

Préparation du travail des Commissions.

Examen de l'attribution du prix Miller,

Vendredi après-midi, 2 heures. — Séance du Conseil exécutif (Suite de l'ordre du jour).

3 heures. — Assemblée générale de la F. D. I.

L'hygiène dentaire publique. Participation au 3e Congrès international d'hygiène scolaire. Rapport et discussion.

Samedi matin. — Visite des écoles dentaires et démonstrations pratiques.

Samedi après-midi. — Séance du Conseil exécutif (Suite de l'ordre du jour).

Samedi soir. — Banquet de la F. D. I.

Dimanche matin, 27 mars. — Inauguration du monument Horace Wells.

Légion d'honneur.

Nous avons le plaisir d'apprendre que Me Richard, qui fait partie du Conseil judiciaire de l'Ecole dentaire de Paris, vient d'être nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Nous lui adressons nos vives félicitations.

Cercle Odontologique de France.

Assemblée générale.

L'assemblée générale du Cercle Odontologique de France aura lieu cette année le samedi 5 mars, à 9 heures du soir, aux Sociétés savantes, rue Danton.

A cette occasion le Cercle organise le lendemain dimanche à 9 heures du matin une matinée scientifique comprenant : démonstrations, présentations, ainsi qu'une exposition de fournisseurs.

A midi, au restaurant de l'hôtel des Sociétés savantes, banquet annuel présidé par M. le professeur Levett.

L'après-midi se terminera par une matinée littéraire et artistique, innovation qui sera particulièrement goûtée par les dames qui auront fait au Cercle l'honneur et le plaisir d'accompagner leur mari à cette manifestation professionnelle.

Tous les confrères et les étudiants des Ecoles dentaires, qu'ils fassent ou non partie du Cercle, peuvent assister à la matinée scientifique ainsi qu'au banquet dont le prix est fixé à 10 francs.

Prière d'adresser dès maintenant son adhésion à M. Knodler, secrétaire général, 64, rue de Rambuteau.

L'ordre du jour détaillé de ces séances paraîtra dans le numéro de février du *Journal Odontologique*, organe du Cercle.

Mariages.

Nous apprenons le mariage de notre confrère M. Gabriel Deniau, membre de l'A. G. S. D. F., avec Mlle N. Malnou, célébré à Bourges le 20 janvier au milieu d'une nombreuse assistance.

Notre confrère M. le Dr Chemin, de Toulouse, membre de l'A. G. D. F., nous fait part du mariage de son frère M. Camille Chemin, agrégé de l'Université, avec Mlle Jeanne Rambure, de Caen.

Nous adressons nos félicitations aux nouveaux époux.

Conférence.

Parmi les conférences organisées par l'A. F. A. S. à l'hôtel des Sociétés savantes, 28, rue Serpente, son siège social, nous remarquons celle que fera notre confrère M. le Dr Siffre, le 15 mars, à 8 h. 1/2 du soir, sous le titre : « Le document dentaire dans l'histoire de l'homme », à laquelle nous convions tous nos confrères.

On demande des dentistes.

Le Consul des Etats-Unis à Sierra Leone signale qu'il y a dans cette contrée de l'Afrique occidentale un vaste champ d'action pour les dentistes, car on n'y compte que peu de praticiens européens (2 ou 3 sur la côte), qui font de bonnes affaires, leurs honoraires étant 3 ou 4 fois supérieurs à ceux qu'ils recevraient aux Etats-Unis.

(*The Standard*, 27 décembre 1909.)

Société allemande d'orthodontie.

La Société allemande d'orthodontie a tenu sa réunion annuelle à Dresde le 13 février 1910 avec un programme de communications orales et de démonstrations pratiques.

Le bureau de la Société est composé de MM. Heydenhauss, Körbitz et Herbst.

Congrès de bibliographie et de documentation.

Un Congrès international de bibliographie et de documentation se tiendra à Bruxelles les 25, 26 et 27 août 1910, pendant l'Exposition.

30e ANNÉE. N° 5 15 MARS 1910 VOL. XLIII

L'ODONTOLOGIE

L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

TRAVAUX ORIGINAUX

LA PROTHÈSE MÉTALLIQUE DU CRANE

Par PIERRE SEBILEAU,

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine,
Chirurgien de l'hôpital Lariboisière.

Le 29 avril 1903[1], comme je venais de présenter à la Société de chirurgie un malade sur lequel j'avais remplacé la paroi antérieure du sinus frontal par une plaque d'or fenêtrée, mes maîtres Quénu et Tuffier me firent redouter, pour une date indéterminée, mais qu'ils paraissaient ne pas juger très éloignée, la chute par ostéite raréfiante de l'appareil que j'avais placé. Puis M. Ch. Nélaton, convaincu que ce « corps étranger » ne tarderait pas à être éliminé, pria ses collègues de communiquer à la Société les résultats définitifs de leur pratique en matière de prothèse.

Quelques jours plus tard, le 20 mai[2] de la même année, je montrais à cette même Société de chirurgie comment était en passe de perdre son nez d'or, par un curieux mécanisme d'expulsion aseptique, un blessé qui, ayant eu la pyramide nasale écrasée par la manivelle d'un treuil, m'avait prié de lui appliquer un appareil qui réparât la déformation. Alors M. Ch. Nélaton, ayant jeté l'anathème contre la prothèse

1. PIERRE SEBILEAU, Prothèse métallique de la face après résection totale de la paroi antérieure du sinus frontal (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 5 mai 1903, t. XXIX, p. 448).
2. PIERRE SEBILEAU, Prothèse nasale métallique, mécanisme de l'élimination de l'appareil (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 20 mai 1903, t. XXIX, p. 546).

inanimée, demanda derechef qu'on vînt lui donner des exemples de corps étranger ayant séjourné un an dans les tissus, et la Société de chirurgie s'associa pleinement au vœu qu'il venait de formuler.

C'est ce vœu que je viens aujourd'hui combler. On verra qu'à cette époque je ne me trompais guère en répondant à M. Nélaton : « L'exemple n'est pas favorable à la méthode, c'est entendu ; et c'est précisément pour cela que j'ai voulu le communiquer sans retard. Mais est-ce à dire qu'il en soit toujours ainsi, que, systématiquement, l'économie doive se débarrasser des pièces métalliques employées par nous à la restauration, à la prothèse, à la consolidation des tissus et des os ? C'est possible, mais ce n'est pas, je crois, certain, même pour la face, où le problème se complique cependant du voisinage de cavités toujours infectées. »

J'ai donc, à l'heure actuelle, trois opérés qui, les deux premiers depuis plusieurs années, et le troisième depuis plusieurs mois, portent, inclus sous les téguments et fixé sur le squelette, un appareil de prothèse métallique. Rouvillois [1], de son côté, a restauré, en 1907, le crâne d'un mutilé en suivant ma technique, et, comme il veut bien l'écrire lui-même, en s'inspirant de mes observations. Enfin, mon élève Lemerle [2] a réalisé, dans mon laboratoire de Clamart, une dizaine d'expériences des plus intéressantes d'incarcération prolongée de fragments de métal dans la profondeur des tissus.

Voici le résumé de ces différentes observations anatomo-cliniques :

J'ai présenté mon premier patient à la Société de chirurgie le 29 avril 1903. J'avais réséqué sur lui la paroi antérieure du sinus frontal et, à la place de celle-ci, j'avais fixé sur la berge de la perte de substance une plaque d'or ajourée. La guérison s'opéra sans incidents, avec une légère

1. H. Morestin, Brèche cranienne restaurée par la prothèse métallique par Rouvillois (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, séance du 7 février 1908, t. XXXIV, p. 221).

2. Georges Lemerle, Contrib. à l'étude expériment. de la prothèse interne (*Thèse de Paris*, 1907) (Travail de l'Ecole de Clamart).



Fig. 1. et 2. — Restauration du sinus frontal (Photographie)

réaction des tissus de recouvrement, et le résultat plastique fut excellent. Tout récemment, mon malade m'écrivait de l'Etat de Colorado, où il exerce la profession de garçon de café, que son front « était en très bon état ».



Fig. 3. — Restauration du sinus frontal (Radiographie).

J'ai présenté mon second opéré à la Société de chirurgie le 11 octobre 1905[1]. Il portait, sur le côté gauche du crâne, dans la région rolandique, une large brèche de craniectomie qu'en octobre 1903 mon maître Ed. Schwartz avait pratiquée dans l'espoir de remédier à des accidents jacksoniens. Je comblai cette brèche avec une plaque d'or martelée et fenêtrée. Au mois de novembre 1907[2], M. Delair disait à la So-

1. Pierre Sebileau, Vaste brèche cranienne restaurée par la prothèse métallique (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, séance du 11 oct. 1905, t. XXXI, p. 831).
2. L. Delair, La prothèse cranienne (*Soc. d'odontologie*, séance du 5 nov. 1907, in *L'Odontologie*, 15 mai 1907, t. XLI, p. 451).

ciété d'Odontologie qu'il venait de recevoir la visite du père de mon patient et que celui-ci, toujours porteur de sa prothèse, n'avait présenté nul accident depuis sa sortie de l'hôpital. Il habite Meulan, près de Paris. Je ne l'ai jamais revu ; c'est, sans doute, que ni lui ni son appareil n'ont eu besoin de moi.



Fig. 4. — Restauration d'une brèche de craniectomie. (Radiographie).

Le malade de Rouvillois a été opéré le 19 juillet 1907. H. Morestin a rapporté son observation le 19 février 1908. C'était un officier porteur d'une hernie cérébrale consécutive à une trépanation cranienne. Une plaque d'or, cintrée par martelage et perforée de trous, fut, comme sur mes deux patients, fixée par des griffes sur les bords de la perte de substance. En novembre 1908 [1], M. Delair présentait, pour

1. L. Delair, La prothèse cranienne (*L'Odontologie*, 9 et 15 mai 1907, t. XLI, p. 463).

la seconde fois, ce malade à la Société d'Odontologie. Sa situation était alors excellente. Tout récemment, Rouvillois me disait que la prothèse de son opéré n'avait subi aucun ébranlement, que celui-ci était homme de sport et se livrait avec aisance aux multiples exercices de sa carrière d'officier.

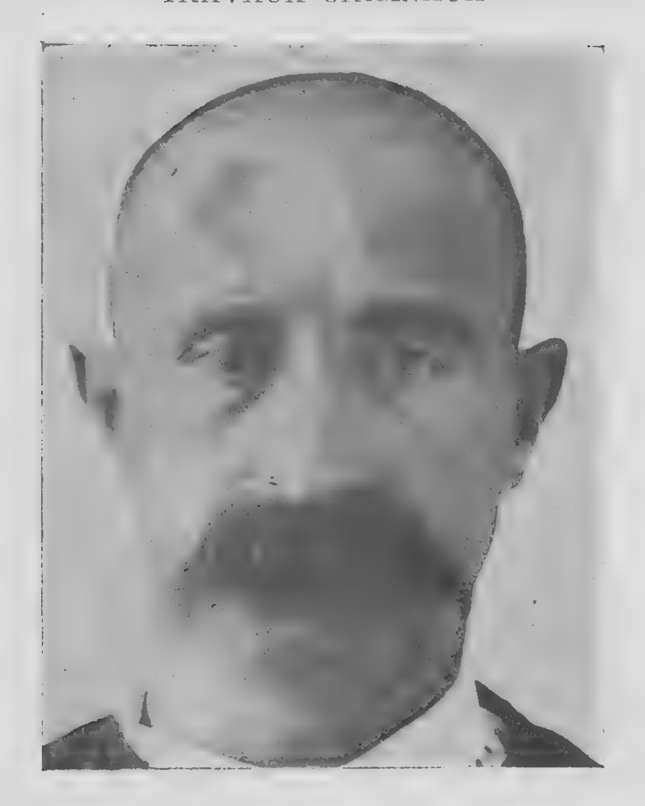


Fig. 5. — Restauration d'une brèche de craniectomie. (Photographie après l'opération).

J'ai présenté mon troisième patient à la Société de chirurgie le 10 novembre 1909 [1]. C'était encore un ancien craniectomisé. J'appliquai sur la brèche une plaque d'argent perforée de nombreux trous, qui, par des griffes pénétrantes, prenait point d'appui sur les bords de la perte de substance. Le résultat fut irréprochable. J'ai revu l'opéré il y a quelques jours. La plastique est parfaite.

Enfin Georges Lemerle a réalisé dans mon laboratoire une dizaine d'inclusions de fragments de métal dans les

1. PIERRE SEBILEAU, Restauration métallique d'une vaste brèche cranienne (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, séance du 10 nov. 1909, t. XXXV, p. 1086).



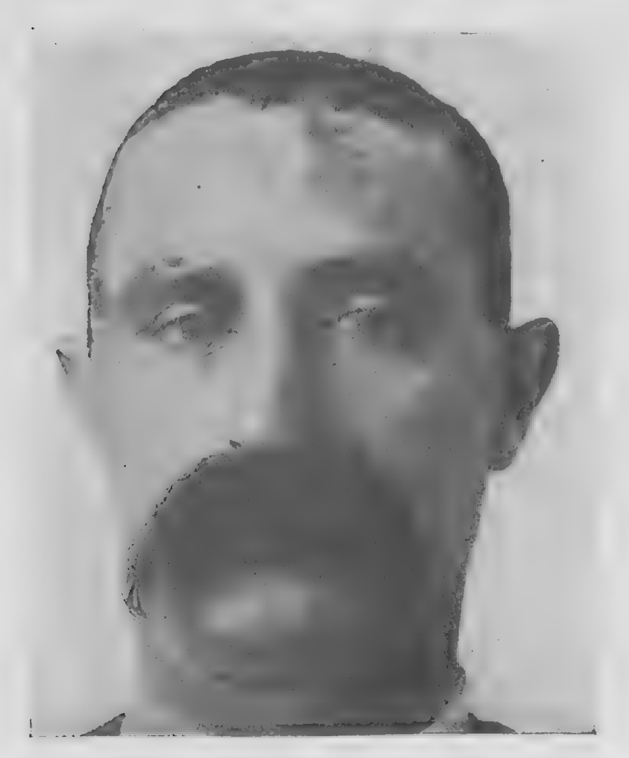


Fig. 6 et 7. — Restauration d'une brèche de craniectomie.
(Photographie avant et après l'opération).





Fig. 8 et 9. — Restauration d'une brèche de craniectomie.
(Photographie avant et après l'opération).

parenchymes organiques du chien (dans les os, sous le périoste, dans les muscles, sous la peau). Les animaux furent sacrifiés plusieurs mois après l'opération. La tolérance de l'organisme ne se démentit jamais et pas un seul des corps étrangers ne s'élimina.



Fig. 10. — Restauration d'une brèche de craniectomie (Radiographie).

*
* *

Les opérations que j'ai exécutées et celle qu'a exécutée Rouvillois sont tout à fait superposables.

L'application de la prothèse comporte plusieurs temps : la taille du lambeau; la dissection du cuir chevelu; la mise à nu de la berge osseuse ; la fixation de la plaque.

Il importe de tailler un lambeau large, bien plus large que la brèche cranienne ; l'on éloigne ainsi la suture cutanée

des points où l'appareil est implanté dans l'os, ce qui est une mesure préventive nécessaire contre l'infection venue d'une suppuration éventuelle de la peau.

La dissection du lambeau est ordinairement assez délicate. L'appareil tégumentaire est mince et adhère d'une manière intime à la dure-mère : aussi ne les sépare-t-on pas sans quelque difficulté l'un de l'autre. Par places, quand la dissection est terminée, la peau a si peu d'épaisseur qu'on serait en droit de craindre pour sa vitalité. L'hémorragie que provoque ce clivage opératoire est assez abondante ; il est important et difficile de la tarir : important, parce qu'il ne faut pas que la plaque de métal baigne dans un hématome ; difficile, parce que les vaisseaux sont nombreux et saignent en nappe. Il faut se rappeler ceci : la prothèse s'appuie sur la face extérieure de l'os ; elle est, si je puis dire, à fleur de crâne et séparée de la dure-mère par toute l'épaisseur de celui-ci. Dans l'espace mort ainsi formé, espace incompressible par le bandage, du sang peut s'accumuler, en cas d'hémostase imparfaite, et former un caillot favorable à l'infection.

On a toujours quelque peine à dénuder les bords de la brèche osseuse. Le périoste y est épais et dur ; il y adhère à l'os et même à la dure-mère. Il faut, avec un peu de patience et de force, user de la rugine.

L'ajustage, le modelage et la fixation de la plaque métallique forment le temps le plus long de l'opération. Ils nécessitent l'intervention du prothésiste. Pour mes trois premiers malades, j'ai fait appel à la collaboration de M. Léon Delair, professeur à l'École dentaire de Paris ; pour le dernier, à mon élève et ami le Dr Georges Lemerle. L'un et l'autre fabriquèrent les plaques dans leur atelier, puis m'assistèrent au moment de l'opération. En effet, la tâche du prothésiste ne cesse pas à l'heure où se termine la confection de l'appareil. Cet appareil, établi sur des mesures approximatives prises par-dessus les téguments, n'est évidemment qu'un appareil imparfait. Il faut, quand les bords de l'orifice sont découverts, ajuster la plaque, la mo-

deler sur ceux-ci, la cintrer, la marteler, l'emboutir, en orienter les griffes et les implanter dans l'os. Tout cela demande quelque temps et aussi quelque peine. Il s'en faut, dit justement Delair[1], que cela soit aussi simple qu'il paraît. Pratiquement, en raison des modifications de forme et de mesure que peut exiger l'application de l'appareil, il faut avoir tout un matériel spécial, un vrai outillage d'orfèvre qu'on stérilise avant l'opération.

Les plaques portent sur plusieurs points de leur périphérie des griffes qu'on enfonce, après les avoir coudées à angle aigu, dans des trous de petit calibre préalablement pratiqués sur l'os à la main ou à la machine. Ces griffes, qui peuvent être simplement soudées au pourtour de la lame (comme dans les appareils de Delair) ou découpées sur ce pourtour (comme dans l'appareil de Lemerle), doivent être orientées en sens contraire, ce qui assure la fixité de la prothèse. Sur mes premiers opérés, Delair consolidait celle-ci en bloquant les griffes avec de petites cales métalliques taillées en coin qu'il enfonçait fortement dans les trous forés sur la bordure de la brèche osseuse. Cette précaution n'est pas nécessaire. Elle fut, sans aucun dommage, négligée pour mon dernier malade et pour celui de Rouvillois. Il suffit d'enfoncer les griffes au marteau et à frottement dur dans les orifices qui leur sont destinés ; orientées dans des sens différents, elles forment, avec leur pénétration de 5 à 6 millimètres, de véritables ressorts qui se contrarient et immobilisent la plaque.

Je ne sais quel est, de l'or ou de l'argent, le métal qui se prête le mieux à la prothèse. Jusqu'à ce jour, Delair n'a fabriqué que des plaques en or ; aussi mes deux premiers opérés et l'opéré de Rouvillois portent-ils des appareils d'or. L'or ne s'oxyde pas. Georges Lemerle, manifestement, préfère l'argent ; aussi mon dernier opéré porte-t-il un appareil d'argent. L'argent noircit. On dit que les tissus, les organes le supportent plus commodément, et qu'il se laisse, lui, plus complètement pénétrer, épouser par eux.

1. L. Delair, La prothèse cranienne (*L'Odontologie*, 15 mai 1909, t, XLI, p. 451).

Lemerle a comparativement essayé sur des chiens, qu'il n'a sacrifiés qu'au bout d'une année, l'or, le platine, l'étain, l'aluminium, l'argent, le fer et le cuivre. Les quatre premiers ne s'oxydent jamais. Les trois autres s'altèrent, au moins par place, par îlots, au contact des humeurs de l'organisme, mais d'une manière qui ne trouble en rien la tolérance des tissus vis-à-vis d'eux. On pourrait même se demander, dit G. Lemerle, si l'oxydation qu'ils subissent n'est pas une condition favorable au séjour indéfini de la prothèse dans les parenchymes.

En tout cas, l'argent paraît jouir d'une propriété qui n'appartient point aux autres métaux : celle d'entrer en communion avec les tissus au sein desquels on l'abandonne. Le tissu conjonctif adhère à l'appareil, fait corps avec lui, pénètre dans les trous dont il est creusé, l'entoure, « l'emballe », selon l'expression saisissante de Lemerle, le fixe et le détruit peut-être. M. J. Lucas-Championnière [1], à l'une des dernières séances de la Société de chirurgie, appuyait, de sa grande expérience clinique, les constatations expérimentales de Lemerle. « Non seulement, disait-il, j'ai été depuis longtemps frappé de l'extrême tolérance des os et des parties molles pour des fils d'argent, même nombreux, volumineux et tordus, mais encore j'ai constaté une véritable résorption de ces fils. Et la chose, ajoutait-il, a déjà frappé les observateurs à ce point que Ballance et Edmunds, dans leur remarquable « Traité des ligatures » ; opposent aux fils d'argent, qui se fusionnent trop complètement avec les tissus et se laissent résorber par eux, les fils d'or et de platine, qui ne subissent pas d'altération appréciable. » Cela est tout à fait intéressant. Je me demande pourtant si, entre les chairs et l'argent, la communion peut être à ce point intime qu'elle aille jusqu'à la destruction du métal par les seuls efforts de l'organisme.

Et puis il y a autre chose. Si vraiment on put jamais constater l'usure, la désagrégation moléculaire, enfin la résorp-

1. J. Lucas-Championnière, Réponse à M. Sebileau (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 6 nov. 1909, t. XXXV, p. 1088).

tion des fils d'argent appliqués à la suture ou à la ligature des os, il faut bien convenir qu'on n'est pas en droit pour cela de comparer le parenchyme des os longs, dans l'épaisseur duquel se produisent les actifs phénomènes d'échange que la physiologie nous enseigne et qui vit, par la moelle et la couche cellulaire sous-périostée, dans un perpétuel état d'usure et de reconstitution, avec les tissus mous des chairs et de l'assise sous-cutanée, où les phénomènes de vie n'ont pas la même orientation. Un fil d'argent inclus dans un os long ne peut être raisonnablement comparé à une plaque d'argent appuyée par trois ou quatre griffes sur la berge d'une brèche cranienne. Placée, pour ainsi dire, en dehors du système osseux, celle-ci échappe à l'action de l'intense et continuelle résorption qui s'opère dans la profondeur de celui-ci.

Lorsque, en novembre 1907, Delair présenta à la Société d'Odontologie le malade sur lequel j'avais appliqué l'appareil qu'il avait construit, un membre de cette Société lui fit observer, non sans à-propos, que la position verticale dans laquelle la plaque se trouvait placée sur le crâne l'entraînerait sans doute vers un glissement progressif et contribuerait à l'échec de la prothèse. Au reste, il n'en fut rien. Mais c'est pour parer à cet éventuel accident, pour diminuer, par conséquent, le poids de la plaque et l'action sur elle de la pesanteur, c'est surtout pour assurer l'adhérence des tissus sur le métal et favoriser leur fusion réciproque qu'il faut, sur toute la surface et dans toute l'épaisseur de l'appareil, creuser des trous, réaliser de véritables pertes de substance. Georges Lemerle a remarqué que, pour l'argent seul, le tissu cellulaire pénètre dans les moindres anfractuosités, traverse les plus petits orifices. « Un objet en argent, dit-il, est épousé dans ses moindres détails par le tissu connectif comme une éponge est imbibée par l'eau, et nul autre métal ne jouit de cette remarquable particularité. » Contre les constatations expérimentales de Lemerle, je n'ai nulle objection à soulever : un fait est un fait. Je dois dire cependant que, sur deux opérés ayant reçu la prothèse d'or, j'ai pu

constater, moins nettement, il est vrai, que sur un opéré ayant reçu la prothèse d'argent, l'invincible tendance de la peau, séparée des plans profonds, à revenir vers ces plans profonds, à s'appliquer sur eux, à se coller par conséquent contre la surface extérieure de la plaque métallique et à s'enfoncer dans les trous de celle-ci. Jamais, je le répète, la chose ne fut aussi nette que sur mon dernier patient, lequel était pourvu d'une plastique d'argent ; mais sur tous elle fut apparente. Chez ce dernier, quelques mois après l'opération, quand on regardait le front de champ, au jour frisant, la peau y apparaissait comme criblée de trous à la manière d'une écumoire.

Il y a là une notion anatomo-clinique très importante, sur laquelle j'ai appelé depuis longtemps l'attention, une notion qui commande, en grande partie, le résultat définitif des applications de prothèse métallique, qui en assure, suivant les cas, l'échec ou la réussite, d'où dépend, en même temps, la fixité temporaire ou permanente des appareils ou bien leur fatale élimination, et qui doit être la constante préoccupation des prothésistes. Je m'explique.

Lorsque le 5 mai 1903, je présentai à la Société de chirurgie mon premier opéré, celui sur lequel j'avais reconstitué le sinus frontal, je fus le premier à manifester quelques craintes sur la tolérance ultérieure des tissus. D'abord la prothèse siégeait dans un milieu infecté (suppuration sinusale) et était appelée à demeurer d'une manière permanente en communication avec le milieu extérieur (prothèse ouverte). Ensuite, à cette époque même, sur un malade chez lequel j'avais appliqué un squelette nasal en or et qui avait très bien supporté son appareil pendant quelques semaines, j'étudiais jour par jour le curieux mécanisme d'une sorte d'élimination sèche, aseptique, progressive et fatale de la prothèse.

Quelques semaines plus tard, en effet, le 26 mai, je montrai ce malade à la Société de chirurgie. Il n'avait plus son nez en or. Voici ce qui s'était passé :

Cet homme avait reçu sur le nez un coup de manivelle de

treuil. Tout le squelette cartilagineux du nez avait été enfoncé dans les fosses nasales, mais les os propres du nez avaient été respectés. Il n'y avait pour ainsi dire plus de saillie nasale ; le nez était à fleur de pommette. Après avoir taillé un grand lambeau cutané à la manière d'Ollier et avoir rétabli la perméabilité nasale, j'appliquai sous les téguments un squelette nasal d'or fabriqué par M. Delair. Ces téguments, d'ailleurs, étaient durs, cicatriciels, dépourvus de souplesse

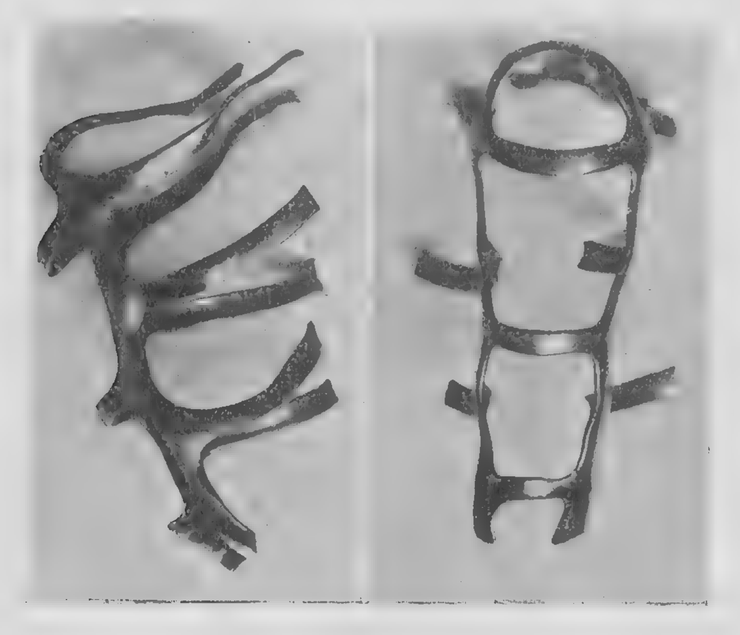


Fig. 11. — Squelette nasal en or fabriqué par M. Delair.

et d'élasticité. La pièce de prothèse, composée de trois arêtes verticales reliées par plusieurs arêtes transversales, prenait point d'appui, par plusieurs griffes, sur la branche montante et sur le corps du maxillaire supérieur, près de l'épine nasale. Tout alla bien dans les premiers jours ; mais quelques semaines après l'opération, la peau, comme appelée vers la profondeur par la rétraction cicatricielle, se déprima, s'enfonça dans les jours de l'appareil, puis, au niveau des arêtes de cet appareil, s'amincit, s'usa, se nécrosa et finit par subir, sans aucune réaction inflammatoire ni suppura-

tive, une sorte de nécrobiose aseptique. Millimètre par millimètre, l'appareil, sans subir le moindre ébranlement dans l'os, et sans provoquer le moindre phénomène d'ostéite d'élimination, émergea lentement de la profondeur. Tandis que les arêtes de la pièce métallique se dégageaient de la peau peu à peu détruite, la peau, elle, s'enfonçait dans les vides qui séparaient ces arêtes, si bien que peau et appareil progressivement se pénétrèrent. A la fin, rien n'était plus curieux que l'aspect de ce nez d'or, qui, obstinément fixé sur le squelette, apparaissait pourtant tout entier en dehors des téguments, et qui, quoique, extériorisé par les efforts de la nature, ne put cependant être extrait de l'organisme que par un violent effort sur les griffes d'implantation.

Les orifices dont sont creusées les plaques de restauration cranienne n'allègent donc pas seulement l'appareil ; ils contribuent encore et surtout à lui faire prendre corps avec les tissus. Dans ces orifices, ceux-ci s'engagent de telle manière que métal et chairs finissent par se pénétrer. Ils sont donc nécessaires ; mais s'ils paraissent favoriser grandement la pérennité de la prothèse, ils peuvent éventuellement en provoquer la caducité.

Aussi faut-il qu'ils ne soient ni trop larges, ni trop nombreux, ni trop rapprochés. Entre le dernier opéré que j'ai présenté à la Société de chirurgie, malade dont la peau cranienne, par-dessus la plaque, tendait à faire écumoire, et l'homme dont « le nez d'or » se développait en dehors des téguments, il n'y a qu'une question de degré. L'appareil du premier portait des trous trop nombreux ; celui du second portait des trous trop larges.

Les plaques qui ont été employées sur mes malades et sur le malade de Rouvillois avaient une épaisseur variant entre 8 dixièmes de millimètre et 1^{mm}5. Le diamètre des orifices dont elles étaient creusées oscillait entre 3 et 8 millimètres. Il est très difficile de déterminer à l'avance quelles conditions doit remplir exactement la prothèse : l'épaisseur de la peau, son élasticité, son adhérence aux plans profonds jouent, dans la manière dont elle se comporte ultérieure-

ment vis-à-vis la plaque, un rôle considérable, mais qu'on ne peut supputer à l'avance.

*
* *

Je n'ai pas l'intention de discuter ici les indications de la restauration prothétique des pertes de substance du crâne. Dans le rapport qu'il a lu à la Société de chirurgie sur l'observation de Rouvillois, H. Morestin a dit sur ce point, en termes excellents, tout ce qu'il y avait à dire.

D'une part, il est certain que, dans la plupart des cas, toutes les fois qu'il ne s'agit pas d'une large craniectomie, les brèches faites dans la paroi cranienne ne provoquent ni accidents véritables ni sérieux désagréments. D'autre part, beaucoup de trépanations comportent, pour le traitement ultérieur de l'affection qui les a commandées, la permanence de la béance cranienne. Cela dit, il n'en faut pas moins convenir que, soit pour remédier à des accidents manifestement dus à l'existence d'une perte de substance cranienne (hernie cérébrale, adhérences cutanéo-dure-mérales), soit pour prévenir éventuellement ces accidents, si on a quelque raison de les redouter, soit enfin pour réaliser quelque avantageuse plastique (telles se présentaient les choses pour le malade dont j'ai restauré le sinus frontal), il n'en faut pas moins convenir, dis-je, que l'indication peut quelquefois surgir pour le chirurgien de combler cette perte de substance. Et rien ne paraît offrir à l'opérateur plus de chance d'atteindre ce but que la prothèse métallique.

En effet, il est aujourd'hui bien démontré que cette prothèse, dont les difficultés d'application ne sont pas énormes, est efficace, inoffensive et durable.

Efficace et inoffensive, puisqu'elle a jusqu'à ce jour permis, sans que survînt jamais le moindre accident, de corriger toutes les déformations à la restauration desquelles on l'a appliquée. Durable, puisque les beaux résultats plastiques qu'elle a donnés ne se sont encore démentis sur aucun sujet. Il y a sept ans que le doyen de mes opérés porte une plaque d'or en avant du sinus frontal ; plus de six mois

que le dernier a le front comblé par une plaque d'argent.

Une chose, même, m'a frappé : c'est la manière curieuse dont l'os dans lequel sont implantées les griffes des appareils résiste à l'infection ou, tout au moins, à des contingences qui sembleraient devoir facilement engendrer celle-ci.

La prothèse sinusale que je rappelais plus haut est, en réalité, une prothèse ouverte ; elle est, par le canal infundibulaire, en pleine communication avec les fosses nasales et le milieu extérieur. Cependant nul phénomène d'ostéite ne l'ébranla jamais.

Le malade de Rouvillois, plusieurs mois après son opération, fit une chute grave de cheval dans une course d'obstacles ; il eut le nez et le front déchirés ; la plaque porta violemment sur le sol. Pourtant nul accident ne s'ensuivit.

Ce matin même, j'ai vu mon dernier opéré. Il était en assez piteux état. Il avait le front et la pommette couverts de croûtes et de petites plaies. A plusieurs reprises, dans des attaques de mal comitial, il était tombé et s'était heurté le crâne. L'appareil, pourtant, paraissait n'avoir nullement souffert.

Sur ce même opéré, d'ailleurs, il s'est produit, quelques jours après l'intervention, des phénomènes qui méritent de retenir une minute l'attention. Sous les téguments s'était fait un gros hématome ; dans cet hématome, baignait la plaque. J'ai fait, pour évacuer la collection sanguine, trois ponctions et deux incisions. L'os ne s'est pas infecté. La prothèse, malgré mes craintes, ne fut pas menacée.

Même, le blessé qui souffrait de prurit du cuir chevelu ayant passé les doigts sous le pansement pour se gratter, souilla sa plaie ; trois points de suture entrèrent en suppuration, et il fallut désunir les lèvres de la cicatrice, mais ce fut sans inconvénient pour la plastique cranienne.

Au total, la tolérance des os, des muscles et de l'appareil tégumentaire pour les corps métalliques paraît extrême; elle dépasse, à coup sûr, ce qu'il me paraissait raisonnable d'espérer lorsque, il y a sept ans, j'opposais au scepticisme con-

vaincu de M. Nélaton mon désir de soumettre le problème au contrôle du temps et de nouvelles observations.

Cette tolérance semble appartenir à tous les tissus. Je lisais récemment, dans une curieuse communication de M. L. Picqué [1], l'histoire d'un pauvre toqué qui subit une douzaine de trépanations craniennes pour des accidents pseudo-jacksoniens. A la huitième opération, laquelle eut lieu en Angleterre, Richard Owen, je ne sais au juste dans quel but, interposa entre les méninges et l'écorce cérébrale une feuille d'or. Celle-ci fut, à ce qu'il paraît, si bien acceptée par le milieu organique que le chirurgien français qui pratiqua la neuvième opération la trouva gondolée, déformée, mais à ce point immobilisée et confondue avec les tissus qu'il fallut « l'enlever en douze morceaux ».

La tolérance de l'organisme pour les corps étrangers chirurgicaux — j'entends les corps aseptiques — s'étend assurément aux substances plastiques, aux ciments, aux amalgames, aux mastics. Je crois que, appliqués au remblai des grandes cavités ostéomyélitiques, ces « plombages » ont donné des déboires presque constants aux chirurgiens; après Mauclaire [2] et Chaput [3], Pierre Delbet [4], récemment, s'en expliquait devant la Société de chirurgie: « Ce sont toujours, disait-il, fistules par lesquelles peu à peu s'échappe le mélange, si on emploie la formule de Mosetig et de Reynier (mastic iodoformé) ou bien élimination globale de la masse si on emploie le plombage métallique ou minéral. »

Je n'ai pas la pratique de l'obturation de ces grandes cavités osseuses. Mon avis est que leur « plombage » donnerait un résultat constamment favorable si l'opération était précédée ou accompagnée des précautions nécessaires. Il faut se rappeler de quels soins les dentistes entourent l'ob-

1. L. Picqué, Traumatisme cranien. Epilepsie consécutive. Interventions multiples (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 30 nov. 1909, t. XXXV, p. 1157).

2. Mauclaire, Réponse à Morestin (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 25 févr. 1908, t. XXXIV, p. 232).

3. Chaput, Traitement des grands évidements osseux (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 11 janv. 1910, t. XXXVI, p. 22).

4. Pierre Delbet, Réponse à Chaput (*id.*, t. XXXVI, p. 28).

turation des cavités radiculo-pulpaires. Avant tout, celles-ci sont débarrassées de leurs débris conjonctifs, désinfectées, mises à sec. Comme il faut que l'alliage adhère aux parois de la perte de substance, celle-ci est protégée contre l'irruption de la salive qui est « endiguée » ; puis on dessèche la cavité par l'air chaud. Les amalgames (mercure, alliage d'étain et d'air chaud) sont stérilisés par la chaleur. Quel chirurgien prit jamais soin de préparer un os comme l'odontologiste prépare ses dents ? Qui s'étonnera de l'échec constant des grands « plombages » chirurgicaux, s'il se rappelle le temps et l'attention qu'un dentiste apporte aux soins préliminaires d'une aurification et à cette aurification elle-même?

Dans mon laboratoire de Clamart, Georges Lemerle, après avoir trépané et curetté un sinus frontal de chien, en a, sur mon conseil, comblé la cavité avec de l'amalgame dentaire. Entre le sinus et la fosse nasale, à l'entrée du canal infundibulaire, une feuille de platine foulée contre la paroi osseuse interceptait toute communication. L'opération fut suivie d'un plein succès. Jamais il n'y eut de pus dans le nez. Dès le début, la tolérance fut parfaite. Elle s'est maintenue telle depuis trois ans, et l'animal vit encore sans avoir jamais présenté le moindre accident.

REVUE DES REVUES

MALADIE DE RIGGS

Par Bruce L. Taylor, de Washington.

Dès 1746 cette maladie fut décrite, mais elle ne reçut pas de nom pour la désigner. Depuis elle a été étudiée avec le plus grand soin par la profession, mais celle-ci en ignore encore la cause parce que quatre maladies distinctes qui affectent les gencives, le péricément et l'alvéole ont été appelées *pyorrhée alvéolaire*.

En 1867, Magitot prétendait que cette maladie commençait au collet par une inflammation progressive à marche lente, s'étendant jusqu'à l'apex en détruisant l'alvéole et le péricément et en amenant la perte de la dent. Il lui attribuait une origine constitutionnelle et considérait le tartre déposé sur les racines des dents comme cause occasionnelle et non déterminante de la maladie ; il conseillait cependant d'enlever le tartre comme préliminaire indispensable du traitement.

Sarran, en 1880, estimait que la cause primitive était une congestion locale des gencives suivie d'un état pathologique.

John W. Riggs, dans sa communication « Inflammation suppurée des gencives et résorption des gencives et du procès alvéolaire à l'Académie américaine de chirurgie dentaire » (octobre 1875), nia que la maladie fût une affection osseuse ou gingivale, qu'elle fût héréditaire ou constitutionnelle et soutint que c'étaient les dents elles-mêmes, à la suite des concrétions provenant d'une source quelconque, qui étaient la cause de l'inflammation ; que cette maladie avait une origine purement locale et résultait des concrétions situées auprès du bord gingival libre ou au-dessous de celui-ci et que l'ablation de ces concrétions, même à la troisième phase, était suivie de guérison.

En 1877, Reswinkel contesta l'origine locale et s'efforça de prouver que non seulement la maladie peut exister, mais qu'elle existe en fait indépendamment de dépôts étrangers ; qu'elle doit dépendre d'autres causes que les causes purement locales et que c'est une maladie héréditaire et constitutionnelle.

Ingersoll dans son article « calcul sanguinolent » dit que l'inflammation et l'altération commencent à l'apex de la racine ou près de celui-ci, que le sang s'échappe des vaisseaux sanguins pour se déverser dans les tissus environnants et se désorganise, les sels de calcium se cristallisant à la surface des racines et formant les dépôts qu'il désigne sous le nom de *calcul sanguinolent*. En d'autres termes

il considère la pyorrhée comme une affection locale, commençant à l'apex ou près de lui.

Witzel regarde la maladie de Riggs comme une alvéolite primaire locale n'ayant pas de relations constitutionnelles, comme une nécrose moléculaire ou carie des alvéoles produite par une irritation septique de la moelle des os.

G.-V. Black considère la pyorrhée comme un trouble local. Il se sert des mots *inflammation calcique* et *péricémentite phagédénique* pour en indiquer le caractère et dit que c'est plutôt une maladie de la membrane péridentaire que de l'alvéole, quoique la destruction de ces deux tissus se produise avec tant de simultanéité qu'il est difficile de dire celle qui a commencé.

J.-W. Reese regarde la maladie de Riggs comme un état constitutionnel et propose de l'appeler péricémentite phagédénique. Il estime qu'il peut y avoir résorption du péricément sans traces de dépôts sur les racines.

Si l'on analyse les recherches de ces auteurs, on voit aisément qu'ils ont défini les maladies distinctes des gencives, du péricément et de l'alvéole. J'ai étudié ces états morbides pendant plusieurs années et j'ai adopté la classification suivante pour décrire les diverses formes de la maladie de Riggs :

1° Pyorrhée alvéolaire ;
2° Péricémentite phagédénique ;
3° — arthritique ;
4° Alvéolite atrophique.

Pyorrhée alvéolaire. — *L'american text book of operative dentistry* la définit ainsi : « terme générique qui, strictement limité, signifie un écoulement de pus d'un alvéole ».

Pour moi la pyorrhée alvéolaire est une maladie purement locale et tout ce qui agit comme un irritant constant des gencives peut la provoquer. Elle est toujours précédée de gingivite, laquelle est causée dans la grande majorité des cas par l'accumulation de matières amylacées autour du collet des dents ou par un dépôt de calculs. C'est en réalité une maladie de malpropreté, qui ne se rencontre jamais dans les bouches bien tenues, à mon avis du moins.

Les symptômes caractéristiques sont : ébranlement des dents, odeur particulière de l'haleine ; la gencive peut être fortement enflammée ou fongueuse, de couleur rose pâle ; la pression des lèvres amène un écoulement de pus blanc jaunâtre du collet des dents atteintes. La digestion est troublée, le métabolisme est défectueux, ce qui diminue la vitalité des tissus affectés, et amène l'extension rapide de la maladie. Dans les cas graves le système nerveux est fortement dérangé.

Traitement. — Nettoyage complet de la cavité buccale, c'est-à-

dire des muqueuses du palais osseux, du voile du palais, des joues, de la langue, etc. Enlèvement de tous dépôts, ligature des dents branlantes, et si plus de la moitié des racines des dents atteintes sont dépouillées de péricément, les maintenir par une attelle permanente. Correction de la malocclusion, massage des gencives, badigeonnage des alvéoles avec le glycérol iodé, comme le prescrit Talbot. Aucune combinaison de médicaments n'est aussi efficace. Apprendre au patient à se nettoyer la bouche et à se masser les gencives. Lui faire boire chaque jour 2 à 3 litres d'eau; lui faire prendre de l'exercice en plein air, par la marche de préférence. Alimentation en céréales, légumes, fruits laxatifs; pas de pain blanc ni de pain chaud. Mastiquer complètement tous les aliments. Lavage de la bouche au sel ordinaire. R. Beck, de Chicago, recommande une pâte au bismuth. La majorité des cas qu'il a traités avec cette pâte ont été guéris ou améliorés et la récidive a été rare. Il attribue l'insuccès à une manipulation défectueuse, la pâte n'atteignant pas chaque partie de la zone affectée. Sa formule est la suivante :

Sous-nitrate de bismuth	30 o/o
Cire blanche (point de fusion).....	5 o/o
Paraffine	5 o/o
Vaseline	60 o/o

Mélanger en faisant bouillir.

On injecte la pâte dans les alvéoles avec une seringue de métal à pointe fine d'argent, avant d'enlever les dépôts. A la séance suivante enlever ces dépôts et réinjecter de la pâte.

Je n'ai pas encore essayé cette méthode, mais je me propose de le faire à la première occasion.

Péricémentite phagédénique. — Ulcération gangréneuse du péricément.

L'étiologie n'est pas bien connue. Cette maladie peut être associée à d'autres formes de la maladie de Riggs, ce qui en rend le diagnostic très difficile. Je crois qu'elle a une origine locale, de caractère microbien et que la gingivite la précède toujours. D'ordinaire elle n'affecte que quelques dents à la fois et marche rapidement, attaquant les tissus au bord gingival, très fréquemment du côté buccal ou labial. La destruction de la gencive, de l'alvéole et du péricément est très rapide, ce qui montre que les micro-organismes sont très virulents. La gencive est déchiquetée, fortement enflammée, la racine exposée de la dent est très sensible et peut se couvrir de dépôts granuleux. Se rencontre très fréquemment dans les bouches fortement acides.

Pronostic très décourageant. Racler la racine ou les racines, laver les alvéoles, les cautériser avec de l'acide trichloracétique, donner aux dents un repos chirurgical. Entretenir l'alcalinité de la bouche

et surveiller la digestion. Le canal intestinal est d'ordinaire en très mauvais état.

Péricémentite arthritique. — Maladie d'origine constitutionnelle n'attaquant que les rhumatisants, les goutteux, les individus présentant un état dû aux effets de l'acide urique ; elle peut frapper toute la denture des deux maxillaires.

Elle marche lentement, à moins qu'elle ne soit associée à d'autres formes de la maladie de Riggs, et il faut quelquefois des années pour perdre ses dents. Elle se rencontre rarement avant la 25° année et la plupart du temps elle n'éclate pas après la 35e.

Ce désordre peut commencer au bord gingival ou à un point de la racine entre ce bord et l'apex. Il commence toutefois d'ordinaire au bord gingival avec une légère inflammation qui ne devient jamais aiguë, à moins qu'elle ne se complique d'autres formes de la maladie de Riggs. Le tartre est largement composé d'urates de soude et de chaux, est déposé par le sang et s'enlève très difficilement. Quelquefois on fait sourdre un pus blanc crémeux du dessous du bord gingival, ce qui indique l'invasion de micro-organismes.

Elle progresse si tranquillement qu'il peut s'écouler plusieurs années avant que le patient présente tous ces symptômes. D'ordinaire elle attaque les sujets robustes, sains en apparence, dont les dents sont exemptes de carie et qui par suite vont rarement chez le dentiste. Cette maladie, comme le rhumatisme, récidive si le traitement n'est pas continué constamment.

Traitement. — Enlever tous les dépôts, polir les collets et racines des dents exposées et traiter les gencives au glycérol iodé. Le patient doit venir chez le dentiste au moins une ou deux fois par semaine jusqu'à ce que l'état soit suffisamment amélioré pour qu'on puisse l'ajourner à un mois. Faire grande attention au régime et recommander une alimentation qui laisse libre le canal intestinal. La grande difficulté, c'est la digestion ; le trouble commence quelquefois dans la bouche et s'étend à l'estomac. Les substances toxiques ingérées qui sont absorbées par le sang et introduites dans le système ont une tendance à affaiblir la constitution en général. Recommander les lavages de bouche alcalins et de l'eau de table alcaline. Les tablettes de lithine trois fois par jour, de 0 gr. 324 chacune, dans un verre d'eau, sont très efficaces. L'exercice au grand air est aussi très essentiel.

Alvéolite atrophique. — Maladie de l'alvéole considérée quelquefois comme pyorrhée alvéolaire, mais qui n'est pas autre chose qu'une atrophie du procès alvéolaire. Il n'y a pas d'invasion de micro-organismes, il n'y a pas de pus.

Elle ne se rencontre que chez les sujets dont les dents ont été redressées, surtout quand l'arcade a été élargie, et dans les bouches où les racines des dents antérieures sont proéminentes et recouvertes d'un

procès alvéolaire mince. Quelquefois elle s'observe sur les racines buccales des molaires et parfois atteint les racines palatines des molaires.

En raison de la minceur et de la densité du procès alvéolaire dans ces cas, il y a peu de place pour l'expansion des vaisseaux sanguins, de sorte qu'avec une légère irritation seulement aux bords gingivaux il y a une dégénérescence des procès qui n'est pas autre chose qu'une atrophie par gêne de circulation. Un usage irraisonné de la brosse à dents, des poudres dentifrices mal choisies, l'acidité de la cavité buccale et la sénilité précoce sont les causes de l'alvéolite atrophique. Les gencives se résorbent en forme de V et ont quelquefois un aspect cordé.

Traitement. — Surtout palliatif ; tenir bien polies les racines exposées et maintenir la bouche alcaline, n'employer que des poudres solubles et ne pas se servir trop rudement de la brosse à dents. Sauf infection, la résorption des gencives et des procès ne se produit pas s'il y a une épaisseur suffisante des os pour que la nature se protège elle-même.

En résumé, pyorrhée signifie écoulement purulent de l'alvéole et, si ce n'est là qu'un symptôme, il est caractéristique de la maladie que nous considérons comme la pyorrhée. Les autres formes que j'ai mentionnées sont entièrement différentes. On peut avoir une pyorrhée avec péricémentite phagédénique ou avec péricémentite arthritique ; mais je pense que nous devons désigner d'une manière quelconque le caractère de la maladie que nous voulons examiner et ne pas écrire sur la pyorrhée quand nous voulons parler d'une des autres formes de cette maladie.

(*Dental Cosmos.*)

NOTES PRATIQUES

Sous cette rubrique nous publions sans aucune critique, à titre de simple renseignement, les notes et procédés divers qui nous sont communiqués par nos correspondants ou que nous glanons dans la littérature professionnelle.

Crochets dans les dents inclinées.— Souvent on a besoin d'une pièce en vulcanite pour une bouche dans laquelle il y a des deuxièmes molaires trop fortement inclinées. Cette inclinaison empêche une adhérence parfaite, ainsi que l'effet des crochets. Pour surmonter cette difficulté les molaires inclinées sont garnies de couronnes d'or sur lesquelles une couronne en selle verticale d'or plus épais a été soudée. Ces deux couronnes verticales constituent un support solide pour des crochets s'adaptant exactement. *(Zahn. Ref.)*

Guthymol. — Le thymol ajouté à la gutta est une excellente préparation pour l'art dentaire. Ce mélange se manipule aisément, prend lentement et durcit. S'emploie avec succès pour obturer provisoirement ou définitivement et pour prendre des empreintes de cavité. Ajouter à la gutta une solution à 5 o/o de thymol et amollir la gutta à la chaleur. Un mélange du guthymol, d'huile de cajeput et de quelques fibres d'asbeste donne un excellent obturant pour les canaux. Quand on est prêt à obturer une cavité, ajouter à la quantité voulue de guthymol quelques cristaux de thymol et malaxer soigneusement pour donner la malléabilité et rendre l'obturation d'une cavité une opération très simple. *(Dent. Cosmos.)*

Force de l'or coulé pour couronnes. — L'or, comme nous le coulons, est une des matières les plus fragiles que nous puissions employer pour couler aux bords d'une couronne en coquille. L'or coulé n'est pas et ne peut pas être aussi fort que l'or en plaque ordinaire. Le fer fondu n'est pas aussi solide que le fer forgé de la même épaisseur. Une couronne à coquille mince coulée passant par-dessus une racine convenablement préparée, la coquille étant remplie de ciment mou et remise en place, est sujette à se fendre et est un support très fragile pour tout. Elle ne peut durer parce qu'elle n'a pas de force. *(Dent. Rev.)*

Echecs dans les couronnes à coquille. — La couronne toute en or est sans conteste un des meilleurs procédés de restauration des dents postérieures fortement cariées quand elle est bien construite. La faute la plus fâcheuse provient de l'absence de renforcement de la totalité de la surface d'occlusion. Les cuspides de ces couronnes sont ordinairement si minces qu'en quelques mois la mastication les a usées et a si complètement aplati la surface triturante que les bords de la couronne se rejoignent aux dents voisines, formant ainsi un large contact invisible qui rassemble et retient les aliments. *(Dent. Rev.)*

RÉUNIONS ET CONGRÈS

FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNATIONALE (F. D. I.)

Session de Berlin, Palais du Reichstag (26 août 1909).

2e Séance du Conseil exécutif.

La séance est ouverte à 3 h. 1/2 sous la présidence de M. Godon.

Etaient présents :

MM. W. Guy, Van der Hœven, W. B. Paterson, S. B. Davenport, M. Roy, A. Y. Stamer, P. N. Cœberg, Truman W. Brophy, M. Boer, Geo Payne, W. Harrison, A. Wigh, G. O. Whittaker, H. Mummery, Francis Jean, C. H. Witthauss, Jessen, Waldo E. Brandman, Y. Crawford, V. Guerini, Carl Christensen, O. Smith Housken, G. Ausgoard, L. Ottensen, E. Huet, J. Rojo, C. Godon, F. Aguilar, Geo. Cunningham, W. Smith, Weiser, Schaeffer-Stuckert, Geo. Villain.

Le président souhaite la bienvenue à M. Brophy, qu'il est heureux de voir rétabli, et le félicite de sa présence à la séance.

Le secrétaire communique un câblogramme de M. Chapot-Prévost, du Brésil, s'excusant de son absence à cette session.

Le président donne la parole à M. Guy pour la lecture de la lettre à adresser au Comité permanent des Congrès de médecine, lettre demandant qu'on rétablisse la participation des chirurgiens-dentistes à la section de stomatologie de ces Congrès.

M. Guy donne lecture de cette lettre en allemand, anglais et français.

M. Rosenthal croit que l'avant-dernier paragraphe devrait être modifié afin d'être rendu moins impératif.

M. Schaeffer-Stuckert donne des explications sur le texte de cette lettre et indique avec quel soin elle fut rédigée.

M. Witthauss est du même avis que M. Rosenthal et propose de changer les mots « *il est inutile* » par « *il ne semble pas utile* ».

M. Brophy estime que ce paragraphe est logique, et il dit que le travail utile en dentisterie a certainement été fait à ce Congrès de Berlin où sont réunis les véritables praticiens. Pour sa part, il aimerait que les membres du Congrès de Budapest trouvent inutile la section de stomatologie et renvoient aux Congrès dentaires spéciaux les membres de cette section, où ils feraient un travail plus utile pour la profession et eux.

La proposition Witthauss est mise aux voix et adoptée. Le texte de la lettre ainsi modifié est :

Le Conseil exécutif de la F. D. I. a l'honneur de demander au Comité permanent des Congrès internationaux de médecine de prendre en sérieuse considération son opinion sur la question de l'admission des dentistes dans les futurs Congrès médicaux internationaux, ou leur exclusion.

S'il y a une section de stomatologie ou de science dentaire, elle doit être organisée pour discuter les questions propres à faire avancer la science et l'art dentaires. Comme les progrès en cette science sont réalisés pour la plus grande partie par les dentistes, il paraît évident que les travaux de cette section seront inévitablement incomplets et leurs résultats infiniment limités, si les dentistes ne sont pas admis parmi ses membres.

Le Conseil de la F. D. I. a donc le devoir d'insister auprès du bureau des Congrès médicaux internationaux pour faire ressortir la sagesse et l'utilité d'admettre les dentistes dans la section dentaire ou stomatologique, si l'on veut que ses travaux soient complets et fassent autorité.

Si les travaux de la section de stomatologie se bornent à la discussion de matières intéressant la médecine et la chirurgie, à l'exclusion des questions dentaires, il ne semble pas utile alors, au Conseil de la F. D. I., qu'il y ait une section de stomatologie dans les Congrès de médecine, car ces matières peuvent être plus utilement et plus amplement traitées dans les sections de médecine et de chirurgie.

En résumé, notre Conseil considère qu'une section de stomatologie ne se justifie pas scientifiquement si les dentistes en sont exclus et il espère en conséquence que votre Comité voudra bien décider de fortifier et de compléter la section de stomatologie en y admettant les dentistes.

M. Paterson demande quelle procédure le Conseil de la F. D. I. doit adopter pour faire parvenir cette demande ; il propose de la faire adresser en trois langues au secrétaire général du Congrès de Budapest par le secrétaire général du Congrès de Berlin.

M. Aguilar propose de faire appuyer cette lettre par le Congrès de Berlin qui, en assemblée générale, prendrait la résolution de l'adresser à Budapest.

M. Guy pense qu'elle doit être faite en trois langues, sur papier officiel du Congrès, signée du secrétaire général du Congrès de Berlin, soumise à l'approbation de ce Congrès et envoyée après sa clôture au secrétaire général du Congrès de médecine de Budapest.

M. Aguilar croit qu'il serait préférable de ne pas l'envoyer trop tôt.

M. Schaeffer-Stuckert propose de la remettre à M. Aguilar, qui la porterait à Budapest.

Adopté à l'unanimité.

Le président donne la parole à M. Aguilar pour la lecture du rap-

port de la Commission nommée conformément à l'article 4 des statuts pour présenter la liste des membres du nouveau Conseil exécutif de la F. D. I.

M. Aguilar, au nom de la Commission et après avoir consulté les anciens membres du Conseil exécutif, représentant les fédérations nationales et munis des pouvoirs de celles-ci, présente la liste ainsi établie.

Sont proposés pour :

Allemagne. Cinq représentants : MM Schaeffer-Stuckert, C. Hielscher, Walkhoff, Dieck, Hahl.

M. Sachs et autres personnalités seront proposés comme membres des diverses Commissions.

Amérique (Etats-Unis d'). Cinq représentants : MM. E. C. Kirk, Brophy, Guilford, Burton Lee Thorpe, W. Carr.

Angleterre. Cinq représentants : MM. J. H. Mummery, W. B. Paterson, W. Harrison, W. Guy, G. G. Campion.

Autriche. Deux représentants : M. R. Weiser ; un autre membre devra être désigné par la F. N. autrichienne.

Argentine (République). Un représentant : M. Etchepareborda.

Australie. Nombre de représentants portés d'un à deux : M. Merrill ; un autre membre devra être désigné par la F. N. australienne.

Belgique. Un représentant : M. Rosenthal.

Brésil. Un représentant : M. Chapot-Prévost.

Canada. Nombre de représentants portés d'un à deux : MM. A. E. Webster, Dubeau.

Chili. Un représentant. La F. N. chilienne devra indiquer son représentant.

Cuba. Un représentant. M. Aguilar est chargé de se mettre en rapport avec les membres cubains présents à ce Congrès.

Danemark. Un représentant : M. Christensen (M. Godon devra le pressentir).

Espagne. Deux représentants : MM. Aguilar, Portuondo.

Finlande. Il est décidé de représenter la Finlande par un membre : M. Ayräpää.

France. Cinq représentants : MM. Godon, Roy, Pont, Sauvez, Francis Jean.

Hollande. Un représentant. La F. N. hollandaise devra indiquer un membre.

Hongrie. Il est décidé de donner deux représentants à ce pays dont la F. N. sera consultée pour l'indication de deux membres.

Italie. Deux représentants : MM. Chiavaro, Guérini.

Japon. Deux représentants : Les congressistes japonais seront consultés pour la nomination de ces membres.

Mexique. Un représentant : M. Rojo.

Nicaragua. Pas de représentation.

Norvège. Un représentant : M. E. Ottensen.

Portugal. Pas de représentation.

Russie. Deux représentants. La F. D. russe sera consultée.

Suisse. Deux représentants : M. P. Guye. Pour le second membre en remplacement de M. Bryan la F. N. suisse sera consultée.

Suède. Un représentant. La F. N. sera pressentie.

Uruguay. Un représentant : M. Burnett.

Colombie : à statuer.

LE PRÉSIDENT propose pour la Russie la nomination de M. N... comme représentant.

M. SCHAEFFER-STUCKERT demande l'augmentation du nombre des délégués russes.

M. BOER fait une demande analogue pour la Hollande.

M. AGUILAR ne croit pas que l'on doive augmenter le nombre des représentants russes et hollandais.

M. ROSENTHAL fait remarquer que le nombre des membres du Conseil exécutif est de cinquante et que par conséquent pour augmenter ces délégations il faudrait en diminuer d'autres, ce qui semble difficile, les proportions étant très bien établies.

M. GUY fait remarquer que le Conseil exécutif ne pouvant compter, à son avis, plus de cinquante représentants, il devient impossible d'ajouter de nouveaux membres; d'autre part si un groupe venait à demander son adhésion, on ne pourrait lui donner de représentant. Il propose donc de laisser au Conseil exécutif le pouvoir d'augmenter ce nombre à condition de mettre un seul représentant pour les nouveaux pays adhérents et de faire ratifier la nomination cinq ans après au Congrès.

M. BROPHY appuie cette proposition.

M. ROSENTHAL demande si l'on peut faire cette dérogation au règlement.

LE PRÉSIDENT répond que ce sera présenté à la ratification du Congrès samedi ; il faut faire les modifications aujourd'hui sans quoi on ne pourrait pendant cinq ans apporter aucun changement.

La proposition de M. Guy est adoptée.

Le président donne la parole à M. Schaeffer-Stuckert pour soumettre la proposition Lenhardtson.

M. SCHAEFFER-STUCKERT propose la résolution prise par la section d'hygiène du Ve Congrès dentaire international de former un comité international permanent d'hygiène dentaire, ce comité constituant la commission d'hygiène de la F. D. I. [1].

---

1. V. *Odontologie.*

M. Witthauss demande qui supportera les dépenses de cette commission.

M. Schaeffer-Stuckert répond que ce seront les sociétés.

M. Godon répond que l'on prendra dans la mesure du possible sur la caisse de la F. D. I., mais que dans chaque pays les sociétés doivent aider.

Il propose que le bureau de la commission soit constitué ainsi :

M. Cunningham, président d'honneur ;

M. Jessen, de Strasbourg, président ;

M. Lenhardtson, de Stockholm, secrétaire.

M. Crawford demande l'augmentation des membres représentant les Etats-Unis d'Amérique dans cette commission.

M. Cunningham dit que les Américains ont demandé trois noms seulement, mais avec pouvoir d'en ajouter d'autres.

M. Jessen dit que l'on ne peut qu'ajouter des membres, la section d'hygiène du Congrès ayant nommé la liste présentée.

Il est décidé que l'on ne fait qu'ajouter sans changer.

La liste proposée est adoptée.

M. Brophy propose d'ajouter : M. Paterson ; M. Crawley, d'Alabama ; G. B. Buckley, de Chicago ; D. Rogers, de Boston ; Robinson, de Los Angeles.

M. Guy demande à être remplacé par M. Fisk, de Watford.

M. Godon annonce l'invitation que l'Angleterre propose de faire à la séance de clôture pour que le prochain Congrès dentaire international se tienne à Londres.

Adopté par acclamations.

M. Aguilar demande que toute proposition soit faite par écrit. — *Adopté.*

M. Godon renouvelle la proposition de M. Francis Jean au nom de la F. D. N. française pour que la F. D. I. tienne sa prochaine réunion à Paris en 1910.

Adopté par acclamations.

M. Rosenthal propose la création d'une commission de documentation et Bibliographie avec dépôt des documents à l'Institut International de Bibliographie à Bruxelles.

M. Paterson demande quelle sera la procédure pour retirer les documents de cet Institut au cas où la F. D. I. le désirerait.

M. Roy dit que c'est le conservateur qui sera chargé des transactions.

M. Rosenthal pense que les transactions pourraient se faire par l'intermédiaire de la F. D. N. belge au nom de la F. D. I. qui est propriétaire de ces archives. — *Adopté.*

M. Huet est proposé comme président de cette section. — *Adopté.*

M. Aguilar, au nom de la commission des vœux et proposi-

tions, présente un rapport soumettant à l'approbation du Conseil exécutif :

I. — L'admission de M. Zarch Kapamadjian, de Dardanelles, Turquie, comme membre, sur sa propre demande.

II. — L'admission comme membre de la Fédération de M. Sebastian Carrasquilla, recteur de l'Ecole dentaire de Bogota, sur sa propre demande.

III. — L'admission de la Sociedad Dental de la Havana, Cuba, dans la Fédération, sur la demande de M. le professeur M. Weiss.

IV. — En considération des conditions établies pour le règlement qu'à la lettre par laquelle M. Rojo demande que la représentation du Mexique dans le Conseil exécutif soit portée à deux membres, qu'il soit répondu dans le sens négatif, en raison de l'impossibilité dans laquelle se trouve le Conseil exécutif de modifier ces conditions.

V. — L'admission de la Fédération dentaire nationale mexicaine dans la F. D. I. sur la demande de M. Rojo.

VI. — L'admission comme membres de la F. D. I. de MM. Ricardo Figuerra, et Ernesto Paz, de Mexico, Alfredo Requera, Laurent Eugberg proposés par M. Rojo.

M. PATERSON lit son rapport sur les modifications à apporter aux statuts, modification proposée aux diverses sessions ainsi que les dernières modifications demandées par M. Aguilar et proposées à l'adoption du Conseil par le rapporteur.

M. AGUILAR demande la lecture de l'article 7 des statuts. Lecture en est donnée par M. Paterson.

M. ROSENTHAL demande de spécifier *Prix International Miller* pour ne pas confondre avec les médailles données par le « Central Verein » que l'on appelle « Miller médaille ».

M. CUNNINGHAM demande que M. Schaeffer-Stuckert précise s'il existe un prix Miller du « Central Verein ».

M. SCHAEFFER-STUCKERT indique qu'il n'existe pas de prix Miller, mais simplement une médaille d'or délivrée tous les deux ou trois ans.

Le rapport de M. Paterson sur les modifications à apporter aux statuts est adopté avec spécification de *Prix International Miller* comme le demandait M. Rosenthal. Ces modifications aux statuts sont renvoyées à l'approbation du Congrès.

M. AGUILAR fait la proposition suivante :

Le secrétaire général doit aviser les membres élus dans les diverses commissions de leur élection, les priant de répondre s'ils acceptent, après avoir pris connaissance des statuts et règlements de la F. D. I. et de l'obligation pour eux, de verser la cotisation annuelle. — *Adopté.*

M. ROY propose que MM. Georges et Henri Villain soient portés parmi les membres de la Commission d'enseignement et de la Com-

mission d'hygiène auxquelles ils prennent une part très active depuis plusieurs années.

Cette proposition est adoptée.

M. Brophy annonce que la souscription Miller en Amérique n'est pas encore terminée, les difficultés de tenir des réunions dans ce grand pays étant assez nombreuses. Il faut créer des comités locaux, mais il peut assurer que dans un an plus de 3.000 dollars seront recueillis. Les fonds reçus sont déposés en banque et produisent un intérêt, M. Brophy demande ce qu'il doit faire de ces fonds, à qui il doit s'adresser pour donner l'état de ces comptes et à qui il doit les déposer.

M. Aguilar répond que ces fonds seront remis à la banque nationale allemande à Berlin, au nom des cinq « trustees » et ne pourront être retirés qu'avec la signature de trois de ces membres. Ce comité se réunira le lendemain, il est composé de MM. Godon, Mummery, Aguilar, Jenkins, Walkhoff.

La prochaine réunion aurait lieu à la suite de la réunion générale du Congrès de la même ville.

Le président remercie ses collaborateurs avant de lever la séance avec laquelle meurt ce Conseil exécutif. Le nouveau Conseil proposé devant être nommé par le Congrès réuni en assemblée générale le 28 avril 1909.

La séance est levée à 7 h. 3/4.

3e Séance du Conseil exécutif.

La séance est ouverte à l'issue du Congrès, sous la présidence du Président d'honneur.

Après vérification des pouvoirs des membres du Conseil exécutif, le Président d'honneur souhaite la bienvenue aux nouveaux élus.

Il est procédé ensuite à la constitution du Bureau. Sont nommés :

Président : M. Paterson (Londres).

Vice-présidents : MM. Aguilar (Madrid), Brophy (Chicago), Francis Jean (Paris), Mummery (Londres), Walkhoff (Munich), Weiser (Vienne).

Secrétaire général : M. Schaeffer-Stückert (Francfort-sur-le-Mein).

Secrétaires-adjoints : MM. Guy (Edimbourg), Guye (Genève), Lee Thorpe (Saint-Louis), Rojo (Mexico), Roy (Paris).

Trésorier : M. Rosenthal (Bruxelles).

Le Conseil exécutif s'ajourne ensuite ; la prochaine session aura lieu à Paris en mars 1910.

FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNATIONALE
(F. D. I.)

SESSION DE PARIS (25 et 26 mars 1910)

PROGRAMME DE LA SESSION

Londres, 26 février 1910.

Mon cher collègue,

En conformité de la résolution adoptée par la F. D. I. à Berlin, le 28 août 1909, une session de la Fédération aura lieu à Paris, à Pâques 1910. Les dates fixées après entente avec nos collègues français sont le vendredi 25 et le samedi 26 mars et le lieu de réunion, le siège social de la F. D. N. française, hôtel des Sociétés savantes, 28, rue Serpente.

Dans cette session la F. D. I. entrera dans sa troisième période d'action depuis sa fondation en 1900. Le rapport sur le travail accompli dans sa deuxième période, les statuts et règlements ont été présentés au V[e] Congrès dentaire international, à Berlin, et approuvés par lui. Le Congrès a, en conséquence, établi la Fédération comme son bureau permanent de 1909 à 1914.

Une tâche spéciale est imposée au Conseil exécutif de la F. D. I. dans cette session : l'attribution du prix international Miller. Pour faciliter la mission du Conseil dans cette importante matière, il convient que les représentants des diverses Associations nationales présents à la session y viennent tout prêts à émettre un vote pour l'homme qui, à leur avis, *a rendu les services les plus éminents à l'art dentaire* (art. 2, règlement de la F. D. I.). L'attribution du prix sera prononcée par le Conseil exécutif dans cette réunion et je demanderai à chaque membre de ce Conseil de remplir sa mission avec la pleine conscience de sa haute signification et de sa grande importance.

La constitution des diverses commissions de la F. D. I. et le choix des questions à soumettre à leur examen seront faits dans cette session et le Conseil exécutif accueillera volontiers les propositions qui lui seront faites touchant les questions à soumettre aux Commissions.

A Berlin, il a été considéré comme sage, en raison de son importance pour la collectivité et de l'intérêt d'une action continue, de rendre la Commission d'hygiène permanente. Son Bureau et ses membres ont été nommés et pleins pouvoirs lui ont été donnés de s'adjoindre de nouveaux prix dans la profession dentaire ou en dehors de celle-ci. Depuis lors, et en raison du travail opiniâtre de son président, le prof. Jessen, elle a reçu une haute marque de faveur royale. S. M. le Roi de Suède a bien voulu permettre que le travail de la Commission d'hygiène se fasse sous son patronage. Avec un patronage aussi distingué il est certain que le travail de la Commission s'exécutera à l'avenir avec le maximum de perfection possible et apportera une aide précieuse aux fonctionnaires d'État qui sont chargés de prendre des mesures pour l'amélioration de la santé publique.

La F. D. I. devra aussi s'occuper de l'organisation du VI[e] Congrès

dentaire international, qui se tiendra à Londres en 1914 et commencer le travail de préparation de ce Congrès.

Entre autres questions qui retiendront l'attention de la F. D. I., il y a lieu de mentionner la cérémonie d'inauguration du monument d'Horace Wells, qui a découvert l'anesthésie au protoxyde d'azote, cérémonie qui aura lieu le 27 mars, place des Etats-Unis. L'heure et les autres détails de la solennité seront régulièrement indiqués à la session.

M. Francis Jean, président de la F. D. N. française, a bien voulu nous offrir les services et l'hospitalité de celle-ci. Nous sommes par conséquent assurés d'une réception courtoise et cordiale.

Je suis, mon cher collègue, votre bien dévoué.

W. B. PATERSON, président.

Vendredi 25 mars.

Matin 10 h. — SÉANCE D'OUVERTURE A LA SORBONNE.

(Amphithéâtre Richelieu, 17, rue de la Sorbonne.)

CORRESPONDANCE.

RAPPORT DU SECRÉTAIRE GÉNÉRAL.

DISCOURS DU PRÉSIDENT ET DES REPRÉSENTANTS DES DIVERS PAYS.

RÉUNION DU CONSEIL EXÉCUTIF

RAPPORT DU TRÉSORIER.

NOMINATION DE VÉRIFICATEURS DES COMPTES.

— DE MEMBRES TITULAIRES.

CONSTITUTION DES COMMISSIONS ET FIXATION DE LEURS TRAVAUX.

PRIX INTERNATIONAL MILLER (EXAMEN DES CANDIDATURES).

QUESTIONS DIVERSES.

Après-midi 2 heures. — RÉUNIONS DES COMMISSIONS.

Samedi 26 mars.

Matin 9 heures. — VISITE DES DIVERS SERVICES DES ÉCOLES.

Matin 10 heures. — RÉUNIONS DES COMMISSIONS.

Après-midi 2 heures. — RÉUNION DU CONSEIL EXÉCUTIF.

RAPPORT DES VÉRIFICATEURS DES COMPTES.

APPROBATION DE LA SITUATION FINANCIÈRE.

RAPPORTS DES COMMISSIONS.

ATTRIBUTION DU PRIX MILLER.

LIEU DE RÉUNION DE LA F. D. I. EN 1911.

Soir. — BANQUET DE LA F. D. I.

Dimanche 27 mars.

Matin. — CÉRÉMONIE DE L'INAUGURATION DE LA STATUE D'HORACE WELLS, PLACE DES ETATS-UNIS.

Il se peut qu'une modification soit apportée à l'heure et au lieu de la séance d'ouverture au cas où un Ministre français pourrait y assister. Tout changement sera indiqué par lettre, si possible, sinon par un avis à l'Hôtel des Sociétés savantes, au bureau permanent.

ENSEIGNEMENT

LA QUESTION DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL POUR LES DENTISTES

Par EDOUARD C. KIRK, de Philadelphie.

Depuis les temps les plus reculés, l'histoire des progrès de la dentisterie en tant que profession spéciale, présente une diversité d'opinions touchant les rapports que la dentisterie doit avoir avec la médecine générale, et il s'est élevé beaucoup de discussions de temps à autre pour savoir si un dentiste doit être gradué en médecine avec un enseignement dentaire spécial ou si le dentiste doit avoir cet enseignement seul sans degré médical.

Cette discussion a pris une ampleur considérable pendant la période de formation de la dentisterie comme profession organisée en 1839, lors de la création de la première école dentaire à Baltimore pour la formation méthodique des dentistes, et depuis il s'est toujours trouvé dans notre profession des membres qui ont émis et soutenu des idées opposées aux principes d'enseignement sur lesquels la première école dentaire et celles qui l'ont suivie ont été établies. Cette opposition s'est manifestée récemment dans des articles de E. S. Talbot, qui sont une critique si vive de l'enseignement dentaire tel qu'il est donné actuellement que, si cette critique est fondée, elle ne peut aboutir qu'à cette conclusion que l'enseignement dentaire est erroné et qu'il est erroné depuis le début en raison de la base défectueuse sur laquelle il repose. Il importe donc d'examiner les faits et de découvrir, si possible, si la dentisterie, depuis 70 ans qu'elle est organisée comme profession, se justifie et, dans l'affirmative, s'il convient qu'elle continue à justifier son existence à l'avenir en suivant la même ligne de conduite relativement à son enseignement méthodique spécial, indépendant des études médicales.

Talbot prétend que l'enseignement dentaire est erroné parce que ses résultats ne peuvent pas amener à une pratique intelligente, et que cet enseignement n'instruit pas parce qu'il ne fait pas comprendre au gradué les grandes questions biologiques qui sont la base de la science médicale ; que comme conséquences nous ne connaissons rien de la physiologie et de la pathologie et que, faute de cette connaissance, nous sommes incompétents en thérapeutique ; que nos traitements sont empiriques et irrationnels, que nous ne recourons qu'à la mécanique et que nous ne sommes pas des docteurs, mais des *charpentiers dentaires.* Comme remède à cette situation déplorable

on propose que par la suite nous entreprenions de former des dentistes en formant d'abord des médecins et que, leur diplôme médical une fois obtenu, nous enseignions à ces docteurs en médecine ou à ceux d'entre eux qui le voudront à s'initier aux procédés et aux minuties de la science et de l'art dentaire.

L'histoire de la médecine montre clairement que, à ses débuts, la médecine était pratiquée par les prêtres. Les prêtres étaient appelés non seulement pour l'âme, mais aussi pour le corps par les malades, de sorte que la fonction sacerdotale et la fonction médicale étaient réunies, et il en fut ainsi pendant des siècles, ce qui eut pour résultat que ces prêtres médecins s'assurèrent pour eux-mêmes et pour leur profession une domination étendue sur les affaires humaines et firent, quant à l'importance de leur rôle, une impression sur l'esprit public qui persista longtemps après que la fonction de prêtre et celle du médecin furent séparées, impression qui persiste encore actuellement, mais sous une forme atténuée.

Nous signalons ce fait pour les deux raisons suivantes : 1° il sert à expliquer pourquoi cette médecine organisée s'est, depuis le début, efforcée de monopoliser à son profit et d'embrasser dans l'étendue et le pouvoir de son degré de docteur la totalité du domaine de l'art de guérir ; 2° il explique pourquoi l'état social du médecin dépasse celui de tout autre membre de la société humaine.

Si l'on se pénètre de ces deux points, il est aisé de comprendre pourquoi on trouve toujours des membres de la profession médicale qui, pour des raisons diverses, exercent la dentisterie comme moyen d'existence, mais qui sont mécontents de leur position professionnelle et sociale s'ils la comparent à ce qu'elle serait s'ils étaient médecins au lieu d'être dentistes.

Talbot formule exactement cette plainte quand il dit :

« Un praticien d'un mince savoir avec le doctorat en médecine fait toujours meilleure figure dans la société, à la fois au point de vue social et au point de vue professionnel, que le praticien plus instruit avec son diplôme de chirurgien-dentiste seul. Il en est et il en sera toujours ainsi parce que le médecin ne reconnaîtra jamais comme son égal un praticien possédant un degré inférieur. Cet argument a été reconnu et répété maintes fois même par des professeurs de dentisterie[1]. »

On ne saurait trouver un symptôme plus manifeste de l'étiologie de la manie stomatologique, mais quel commentaire sur le respect qu'un homme doit avoir pour sa propre profession ! Quel flot de lumière cela jette sur le fait déplorable que tant de praticiens d'un mince savoir pourvus du doctorat en médecine essaient d'exercer la dentisterie, praticiens dont le premier souci, si nous admettons comme

1. « Bon sens et non sens dans les écoles dentaires américaines », *Dental Cosmos*, avril 1909.

exacte l'opinion de Talbot, doit être leur situation sociale et professionnelle et pour qui, par suite, les services professionnels à rendre à leurs patients ne sont qu'une considération secondaire !

Mais en fait il n'est pas exact que la situation sociale et professionnelle d'un « praticien de mince savoir avec le doctorat en médecine est meilleure que celle du praticien le plus instruit avec son diplôme de chirurgien-dentiste seul ». Cette affirmation est un défi à l'intelligence de la collectivité moyenne. Les hommes font leur situation sociale et professionnelle d'après leur mérite individuel et l'histoire de la dentisterie est plein d'exemples dans lesquels la situation sociale de certains de ses membres était tout aussi bonne que celle d'un médecin quelconque et meilleure que celle de beaucoup de médecins. Le doctorat en médecine ne donne pas par lui-même une position sociale à un homme, il lui donne le moyen de se la faire, et il en est ainsi pour tout autre diplôme et même en l'absence de tout diplôme. Ce que le médecin pense du dentiste professionnellement ou ce que la société pense de lui socialement n'a trait qu'à sa valeur professionnelle ou sociale et pas à autre chose, et ce sont ces considérations qui règlent la situation du médecin et de tout autre homme. Les faits étant tels, une fois pour toutes finissons-en avec cette affirmation puérile qu'un degré médical est par lui-même une preuve de culture ou de rang social.

La question de l'instruction médicale pour le dentiste au point de vue pratique se résout en lui donnant la quantité de cet enseignement qui lui est nécessaire pour exécuter les travaux de sa profession. En quoi consistent ces travaux ? Donner une définition complète de la dentisterie est aussi impossible que de donner une définition complète de la médecine, parce que la science et l'art de guérir se développent constamment ; c'est une matière telle qu'une définition exacte aujourd'hui ne le serait plus demain. De même, les points de contact entre la dentisterie et la médecine générale sont sur bien des choses si rapprochés qu'il est impossible d'établir une ligne de démarcation entre eux. Cela provient de ce que la dentisterie est une branche de la science et de l'art de guérir qu'en termes généraux on désigne sous le nom de médecine. La prétention que le dentiste ait une instruction médicale dans ce sens qu'il doit faire les études nécessaires pour obtenir le diplôme de docteur est basée sur cette idée fausse que ces études et ce diplôme sont une preuve de son aptitude à exercer intelligemment l'art de guérir dans toutes ses branches, peut-être à l'exception de la dentisterie, auquel cas ce vide peut être comblé par un léger enseignement complémentaire de dentisterie.

Le programme d'études qui conduit à l'obtention du doctorat en médecine, en Amérique du moins, ne convient pas du tout pour former un homme de telle façon qu'il puisse exercer intelligemment

plus qu'une petite partie de la science et de l'art que le diplôme médical représente. Comme conséquence le nouveau gradué sort de l'école avec un petit bagage de culture médicale, et pourtant il est muni d'un diplôme qui l'autorise à exercer toutes les branches de la médecine qu'il choisira, et le sentiment de la collectivité, qui est celui de la tolérance à son égard, et qui a une origine historique, le défend et le soutient dans ses fautes et son ignorance dans tous les cas où sa pratique est défectueuse. Le gradué en médecine honnête et consciencieux reconnaît nettement son besoin d'un enseignement plus complet et l'insuffisance de ses études, ainsi que l'hypocrisie de ses connaissances attestées par son diplôme, et pour se faire une bonne réputation, aussi bien que pour soutenir le crédit de son degré professionnel, il complète lui-même ses connaissances dans des cours de post-graduates, avant que sa conscience et, dans une certaine mesure, le sentiment public lui permettent d'assumer la mission délicate de soigner la vie et la santé de ses concitoyens.

La science médicale a depuis longtemps dépassé les limites d'un programme d'études qui entreprend de qualifier un homme pour la pratique médicale au bout de quatre ans. Le diplôme de docteur est aujourd'hui un degré inférieur parce que, relativement à ce qu'il représente théoriquement et aux yeux du peuple, il est le signe d'une culture partielle. La médecine a dépassé son programme d'études et le grade qui représente le couronnement de ces études.

La dentisterie a été plus honnête dans son enseignement. Ceux qui ont créé la dentisterie étaient des hommes qui ont suivi un programme d'études qui avait pour but de faire des dentistes qualifiés du commencement à la fin. Elle s'est occupée de la situation professionnelle et de la reconnaissance par le public uniquement dans la mesure où ces deux résultats peuvent être obtenus par le travail et la dignité du praticien. Ces attributs n'ont pas été recherchés par l'hypocrisie d'un titre médical d'emprunt ou d'un titre artificiel inapproprié. Ces hommes n'ont pas rougi de leur profession et ne se sont pas excusés d'être des dentistes. Ils ont déploré qu'il y ait eu et qu'il y ait encore, dans les rangs des dentistes, des praticiens qui jettent sur elle une défaveur et ils ont également déploré que parmi ses établissements d'enseignement la dentisterie compte des écoles ne visant qu'au lucre ou à l'élévation morale de ceux qui s'en occupent. Il est facile, mais oiseux, de discuter les défauts de notre système comparé à celui de l'enseignement médical pour cette raison que cela révélerait rapidement que les défauts reprochés à l'un se retrouveraient aisément dans l'autre. Ce qui est important à noter, c'est que la dentisterie telle que nous la connaissons et qu'elle existe aujourd'hui, la dentisterie dont nous sommes fiers parce qu'elle a conquis le respect de l'humanité, sauf une petite fraction d'individus qui veulent être mé-

decins et ne peuvent pas entrer dans la médecine par la porte dentaire, est le résultat d'un système d'enseignement spécial ayant pour but de faire des dentistes et non des médecins avec un appendice dentaire.

Mais qu'il n'y ait pas de malentendu touchant la nécessité d'une instruction médicale pour le dentiste. La dentisterie est l'art de guérir et sa pratique nécessite la connaissance des matières fondamentales de l'art de guérir. L'erreur de ceux qui exigent que le dentiste obtienne le diplôme médical est la prétention de droit divin de la part des professeurs de médecine de donner l'enseignement dans les branches médicales. L'anatomie, la chimie biologique, la physiologie, la bactériologie, leurs subdivisions et leurs branches connexes sont des sciences, des subdivisions de la grande science biologique qui servent dans le programme d'études destiné à préparer à la pratique médicale. Elles servent également dans le programme d'études destiné à préparer à la pratique dentaire et nous devons en finir avec cette prétention que ce sont là des sujets médicaux. Le programme d'études dentaires doit s'augmenter par l'adjonction de temps à autre de toute matière propre à instruire le dentiste plus complètement pour son rôle, que celui-ci soit la pratique, l'enseignement ou les recherches scientifiques, et comme la connaissance générale de l'art de guérir continue à se développer, il s'ensuit naturellement qu'un plus grand nombre de sujets qualifiés communément de *médicaux* seront compris dans ce programme.

Nous ne devons pas perdre de vue que le meilleur moyen de faire un dentiste est de faire un dentiste ; en ne perdant pas de vue cette idée, donnons-lui toute l'*instruction médicale* qu'il peut utiliser dans sa pratique, mais au nom de la logique ou du sens commun, ne commençons jamais par en faire un médecin, surtout pour ce motif erroné que cela lui donnera une situation sociale et professionnelle meilleure ; en résumé rendons-nous plus respectables.

(*Dental Cosmos*, janvier 1910.)

HYGIÈNE

LES SERVICES DENTAIRES SCOLAIRES

Nous avons déjà annoncé dans un précédent numéro que le Ministre de l'Instruction publique avait étendu aux établissements d'enseignement secondaire le service d'inspection et de traitement dentaires créé dans les écoles normales primaires et les internats annexés aux écoles primaires supérieures.

Le Conseil d'administration de l'Ecole dentaire de Paris a adressé, à cette occasion, au Ministre et au Directeur de l'enseignement secondaire, la lettre reproduite ci-après. Ce Directeur, à l'initiative duquel on doit surtout cette mesure, a répondu par la lettre que nous reproduisons également ci-dessous.

A la suite de cette réponse nous avons cru devoir lui adresser les observations qui font l'objet de la dernière lettre qu'on trouvera plus loin et qui répond aux objections soulevées par cette mesure.

Cette innovation a provoqué en effet une certaine émotion, bien inexpliquée, chez certains de nos confrères du corps médical, particulièrement chez les médecins inspecteurs des écoles, émotion due évidemment à une interprétation inexacte de la circulaire et peut-être aussi aux conditions dans lesquelles l'application en a été faite au début.

C'est ainsi qu'une délégation de douze médecins fut reçue, le 8 décembre 1909, au Ministère de l'Instruction publique par le Directeur de l'enseignement secondaire. Cette délégation avait pour but de protester contre l'extension de l'inspection dentaire et de l'emploi de la fiche dentaire dans les établissements de l'enseignement secondaire. Elle demanda la suppression de l'inspection non seulement pour les internes, mais aussi pour les externes, et surtout de la fiche dentaire, qu'elle considérait comme pouvant devenir une cause de violation du secret professionnel si par exemple il était marqué sur la fiche que l'enfant présentait des signes de syphilis. Elle objectait aussi que cette inspection dentaire pouvait être le début d'une série d'inspections qui ne s'arrêteraient pas à la bouche et pourraient s'étendre aux yeux, aux oreilles, aux poumons et qu'enfin c'était, de la part de l'Etat, une atteinte aux droits du père de famille. L'Etat, disait-elle, n'a pas le droit de s'ériger en médecin, de s'occuper de la santé des citoyens et d'imposer une inspection et un traitement quelconques. Du reste, en ce qui concerne l'inspection dentaire, les enfants qui fréquentent les établissements d'enseignement secondaire appartiennent à une classe sociale où cette inspection est

moins nécessaire, parce que les familles s'en occupent elles-mêmes et connaissent parfaitement leurs devoirs à ce sujet. Si, dans tous les cas, on croit à la nécessité d'un dentiste dans ces établissements, il ne devrait s'occuper que des accidents, des soins d'urgence ; enfin il serait bon que la nomination de ces dentistes eût un caractère un peu plus officiel et présentât un peu plus de garanties.

On se rend compte par ce résumé de l'importance attachée à cette question de l'inspection dentaire telle que l'a organisée l'Instruction publique, et surtout à la fiche dentaire sur laquelle nous ne saurions trop appeler l'attention de nos confrères, questions qui feront du reste l'objet de discussions à la prochaine session de la F. D. I. qui se tiendra à Paris, à Pâques, et au 3e Congrès international d'hygiène scolaire qui se tiendra également à Paris en août prochain.

C. G.

A M. le Ministre de l'Instruction publique.

Paris, le 14 décembre 1909.

Monsieur le Ministre,

Ayant appris que la circulaire ministérielle du 23 mars 1908 relative à l'organisation de deux services distincts d'inspection et de traitement dentaires a été récemment appliquée dans les établissements de l'enseignement secondaire, j'ai l'honneur de vous adresser au nom du Conseil de direction de la Société de l'École et du Dispensaire dentaires de Paris, nos vives félicitations.

Nous sommes heureux de voir généraliser les prescriptions de cette circulaire, qui avait déjà établi pour les écoles normales primaires et les internats annexés aux écoles primaires supérieures l'inspection semestrielle des dents avec une fiche dentaire individuelle, comme l'avait fait il y a deux ans le Ministre de la Guerre pour les soldats et, comme cela se pratique depuis longtemps déjà dans divers pays, notamment en Angleterre et en Allemagne.

Ajoutons que le 5e Congrès dentaire international tenu à Berlin en août dernier a émis également un vœu dans ce sens.

Veuillez agréer, etc.

Pour le Conseil d'administration :
Le Président, directeur de l'École,
C. Godon.

Ministère
de l'Instruction publique et des Beaux-Arts
DIRECTION
de l'enseignement secondaire
1er Bureau.

Paris, le 21 janvier 1910.

A M. le Directeur de l'École dentaire de Paris.

Monsieur le Directeur,

An nom du Conseil de direction de l'École et du Dispensaire den-

taires de Paris, vous avez bien voulu m'exprimer la vive satisfaction qu'a inspirée à vos collègues l'organisation des services d'inspection et de traitement dentaires dans les lycées et collèges.

J'ai l'honneur de vous remercier de cette communication, dont j'ai pris connaissance avec intérêt.

Agréez, monsieur le Directeur, l'assurance de ma considération la plus distinguée.

Pour le Ministre et par autorisation :
Le Directeur de l'Enseignement secondaire,
JULES GAUTIER.

Paris, le 26 janvier 1910.

A M. LE DIRECTEUR DE L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE.

Monsieur le Directeur,

Vous nous avez fait l'honneur de nous accuser réception et de nous remercier de la lettre de félicitations que nous avons adressée à M. le Ministre de l'Instruction publique au sujet de l'organisation des services d'inspection et de traitement dentaires dans les lycées et collèges.

Sachant que vous avez été l'un des initiateurs de la mesure dont il s'agit, nous nous permettons de formuler les réflexions suivantes qui pourront vous servir pour la mise au point de cette réforme si importante et d'intérêt public.

L'institution de l'inspection et du traitement dentaires dans les établissements de l'enseignement secondaire complète heureusement, au point de vue de l'hygiène scolaire, la mesure prise déjà pour certains établissements de l'enseignement primaire (écoles normales primaires et internats annexés aux écoles primaires supérieures). Cette mesure s'impose au même titre aux élèves des deux ordres d'enseignement primaire et secondaire et aux externes aussi bien qu'aux internes.

En effet, la nécessité d'un dentiste dans les établissements d'enseignement secondaire n'est pas niable, elle a été admise depuis longtemps ; les enfants qui fréquentent ces établissements offrent à peu près la même proportion de caries dentaires que ceux qui suivent l'enseignement primaire, plutôt même davantage, avec une indifférence souvent égale à l'égard des soins qu'elles comportent ; mais jusqu'à présent le rôle du dentiste était limité aux soins d'urgence comprenant des pansements ou des obturations provisoires et surtout des extractions que le patricien était amené à pratiquer trop souvent, au grand dommage des mâchoires et de la santé générale des enfants et sans que les parents, dans la plupart des cas, eussent été appelés à donner leur autorisation à ces mutilations.

Le nouveau service institué par la circulaire ministérielle du 23 mars 1908 pour les écoles normales primaires et les internats annexés aux écoles primaires supérieures, et étendu par vous, monsieur le Directeur, aux internats secondaires publics, a, sur la situation précédente, des avantages indéniables.

En effet, la nouvelle organisation comprend un service d'inspection et un service de traitement dentaires distincts.

Le premier service comporte seulement l'examen semestriel de la bouche de tous les enfants par un dentiste inspecteur en vue de l'établissement d'une fiche dentaire individuelle sur laquelle doivent être indiquées uniquement les altérations constatées dans les dents, indications signalées à l'enfant et portées à la connaissance des familles, les soins nécessaires consentis par les familles étant donnés ultérieurement par un dentiste traitant, choisi et accepté par elles. Une telle organisation pour la division du travail et les responsabilités qu'elle établit, répond aux principaux reproches qu'on a pu adresser avec raison aux services dentaires institués antérieurement et constitue un progrès indiscutable.

De plus par l'inspection régulière deux fois par an, de la bouche des enfants, on évite que la principale cause de troubles dentaires, la carie, que l'on constate si fréquemment dans la majorité des cas (90 à 95 o/o) dans la bouche des enfants de 6 à 18 ans, n'ait fait assez de progrès pour provoquer des désordres étendus susceptibles d'amener des complications sérieuses nécessitant l'extraction des organes atteints.

Il est clair en outre que par l'établissement de la fiche dentaire, strictement limitée à l'appareil dentaire, nous ne saurions trop le redire pour dissiper tout malentendu, sans aucune indication d'étiologie ou de pathogénie, on appelle en temps opportun l'attention des jeunes élèves et de leur famille sur l'utilité des soins dentaires.

La circulaire ministérielle n'a pas été très bien comprise partout, ni peut-être très bien appliquée au début, comme cela arrive pour toute innovation.

Mais si l'on considère les quelques objections qu'on a pu adresser à cette organisation et particulièrement à la fiche dentaire, on voit qu'elles sont sans fondement sérieux et en contradiction avec les motifs d'intérêt public et élevé qui ont inspiré cette réforme, à l'incitation des pays étrangers qui en ont pris l'initiative avant nous.

La fiche dentaire pourrait être, a-t-on dit, une cause de violation du secret professionnel et de la liberté individuelle.

C'est là une bien grosse exagération. Si la fiche dentaire n'est communiquée par le praticien et l'Administration qu'à l'élève et à sa famille et ne porte aucune indication d'étiologie ou de pathogénie et mentionne seulement les altérations dentaires, il n'y a aucune violation sérieuse du secret professionnel. Du reste la fiche dentaire est maintenant universellement répandue et acceptée en Angleterre, en Allemagne, en Belgique, en Hollande, en Suisse comme aux États-Unis.

Quant au reproche adressé à l'État de porter atteinte à la liberté individuelle du père de famille en faisant inspecter la bouche de l'enfant qu'il lui a confié, il n'est pas mieux justifié ni plus sérieux.

En effet, l'État n'a-t-il pas la responsabilité de veiller sur la santé des enfants des écoles ? N'a-t-il pas pour cela créé des services de médecins inspecteurs des écoles ?

Mais ces fonctionnaires ne s'occupent des dents des enfants que

lorsque les désordres sont graves. Ainsi que nous le disions à la séance de réouverture des cours de l'École dentaire de Paris en novembre 1909 :

« L'étendue de leurs fonctions les oblige en effet, en ce qui concerne la pathologie buccale, à se limiter aux accidents graves, adéno-phlegmon, nécrose des maxillaires ou fractures, etc., mais ils ne sauraient se livrer semestriellement pour chaque enfant à cet examen minutieux et attentif, nécessaire pour reconnaître les petits points de carie qui, envahissant progressivement les dents temporaires, puis les dents permanentes entre 6 et 12 ans, dans la proportion de 90 à 95 o/o suivant les régions, détruisent ainsi graduellement toute possibilité d'une mastication normale et amènent consécutivement une gêne dans l'alimentation et des troubles dans la santé générale. »

Aussi y a-t-il lieu de faire appel à un spécialiste, le chirurgien-dentiste, dont l'utilité est reconnue depuis longtemps par l'usage et consacré par la loi sur la médecine du 30 novembre 1892 ; cette utilité n'est pas en cause, il ne s'agit que des conditions de l'intervention de ce praticien qui, strictement limitée aux dents, ne peut porter atteinte au privilège des médecins inspecteurs des écoles.

Le nouveau service respecte, au contraire, la liberté individuelle bien plus que le précédent, puisqu'il sépare nettement l'inspection du traitement, qui n'a lieu qu'après l'autorisation des familles et par un praticien qu'elles ont librement choisi, le dentiste inspecteur seul étant désigné par l'Administration.

Comme conclusion, on peut dire que les objections faites ne résultent que d'une compréhension inexacte des conditions du nouveau service et que, lorsque la circulaire ministérielle sera mieux comprise, elle rencontrera l'approbation générale qui l'a accueillie dans les Sociétés et les Congrès odontologiques parce que cela est conforme à l'intérêt général des enfants, conforme aux desiderata formulés dans les récents Congrès compétents tenus en France et à l'Etranger et conforme aux droits et aux devoirs de l'État envers les enfants qui lui sont confiés. Comme cette mesure ne porte préjudice à aucun intérêt respectable et qu'elle constitue un progrès notable dans les services d'hygiène scolaire de notre pays, il y a lieu d'en souhaiter l'extension à tous les ordres d'enseignement et à tous les établissements d'inspection où elle n'a pas encore reçu d'application.

Vous voudrez bien, monsieur le Directeur, excuser la longueur de cette lettre, mais, en vous adressant nos remerciements et nos félicitations pour la part décisive que vous avez prise à la mise en œuvre d'une réforme qui intéresse dans une égale mesure l'intérêt général et nos intérêts professionnels, nous avons cru bon de saisir l'occasion qui nous était offerte de placer sous vos yeux un résumé de la question telle qu'elle nous apparaît, nous osons le dire, en toute sincérité.

Veuillez agréer, etc.

Pour le Conseil d'administration :
Le Président, directeur de l'École,
C. GODON.

VARIA

Les 52.000 dents du barbier Dusch.

A la Wanzenau, dans la banlieue strasbourgeoise, le barbier Aloys Dusch vient de célébrer le cinquantenaire de son établissement professionnel. Accessoirement il pratiquait le métier d'arracheur de dents et il a soigneusement conservé la plupart des dents gênantes, dont il débarrassa ses clients, dans un sac en toile pesant une cinquantaine de livres et contenant, paraît-il, environ 52.000 dents et chicots. Une extraction coûtait jadis un demi-franc, maintenant un demi-mark, et le père Dusch regrette de n'avoir pu conserver dans une boîte la somme d'argent que représentent les 52.000 dents arrachées. « Avec cet argent-là, dit-il, j'aurais maintenant quelque chose à me mettre sous la dent sans travailler. » En effet !

(L'Etoile belge.)

Auteur dramatique et chirurgien-dentiste.

On sait que la *Femme Nue,* la pièce de BATAILLE, qui triompha jadis à la Renaissance, va être incessamment représentée à Londres et qu'Irving interprétera au « Garrick Theatre » le principal rôle.

Mais ce qu'on ne sait pas, c'est qu'un des collaborateurs de la version anglaise est un de nos meilleurs dentistes parisiens. Il a sa clinique entre le Théâtre-Français et la Bibliothèque Nationale ; car, s'il est auteur dramatique et vaudevilliste aussi, puisqu'il fut autrefois le collaborateur de Barré (Kéroul et Barré, successeurs), et qu'il fit applaudir plusieurs pièces sur nos scènes parisiennes, il est un bibliophile connu et possède, dans une ville des environs de Paris, réputée pour ses pompiers, une des plus merveilleuses bibliothèques qui existent en France.

C'est l'homme-orchestre, quoi !

(Charivari.)

Suicide pour odontalgie.

Mlle Edith Stiggs, de Chelsea (Angleterre), souffrait tellement des dents qu'elle s'est donné la mort pour échapper à ses souffrances.

(Daily Express.)

Mort pour ingestion de fausses dents.

M. Williams Edwards, qui était à bicyclette près de Highbridge, comté de Somerset (Angleterre), fit une chute de sa machine. Dans cette chute son dentier glissa dans le pharynx et l'étouffa.

(Daily Express.)

NÉCROLOGIE

Notre confrère M. E. Moutin, de Boulogne-sur-Seine, membre de l'A.G.S.D.F., vient de perdre sa grand'mère.

Nous lui adressons nos compliments de condoléances.

NOUVELLES

Concours à l'École dentaire de Paris.

Dans sa séance du 11 janvier dernier le Conseil d'administration de l'Ecole dentaire de Paris a décidé que les concours suivants pour des postes de chef de clinique seront ouverts à l'Ecole :

2 postes de chef de clinique de chirurgie dentaire,
2 — — dentisterie opératoire,
2 — — bridges.

Le Conseil a fixé, dans sa séance du 8 mars, l'ouverture de ces concours au jeudi soir, 12 mai.

*
* *

Rappelons que les concours pour des postes de professeur suppléant que nous avons annoncés seront ouverts le mardi 5 avril prochain.

Conformément aux prescriptions du règlement général sur le recrutement du Corps enseignant, les demandes d'admission aux concours de professeurs suppléants seront reçues au secrétariat jusqu'au 27 mars 1910 inclus.

Les candidats qui désirent recevoir le programme des concours peuvent le demander au secrétariat de l'Ecole.

Fête annuelle des étudiants.

La fête annuelle des étudiants de l'Ecole dentaire de Paris a eu lieu le mercredi 2 mars salle Récamier, 10, rue de Sèvres, à 8 h. 1/2 du soir.

Le programme comprenait trois parties : un concert, une revue et un bal.

Le concert a été très réussi, la revue, pleine de brio, agrémentée de nombreux couplets, a provoqué beaucoup d'éclats de rire et soulevé de nombreux applaudissements. Naturellement le corps enseignant, le personnel et les principaux événements de l'Ecole dentaire en faisaient les frais. En général les auteurs, MM. Harry Stol et Arsène Yeu, avaient trouvé la note juste. Inutile de dire que le bal a retenu la plus grande partie de la nuit la majorité des nombreux assistants à cette fête de la jeunesse, où l'âge mûr s'est également amusé de bon cœur.

Nos compliments aux organisateurs.

Distinction honorifique.

Nous avons le plaisir d'apprendre la nomination de M. René Martinet, notre confrère de l'A.G.S.D.F., au grade d'officier de l'Instruction publique.

Nominations.

Nous apprenons que M. le prof. Gysi, de l'Ecole dentaire de l'Université de Zurich, dont nous publierons très prochainement un important article, a été nommé ces jours-ci, en récompense des services qu'il a rendus à la science dentaire, membre correspondant de la Société des chirurgiens-dentistes allemands et membre d'honneur de la Société des chirurgiens-dentistes finlandais et de la Société odontologique de France.

*
* *

M. le prof. Jessen de l'Université de Strasbourg a été nommé principal collaborateur de *L'Odontologie*.

Cliniques dentaires.

Le Conseil municipal de Berlin a accordé une subvention de 12.500 fr. à la clinique dentaire infantile de cette ville.

*
* *

Une clinique dentaire scolaire gratuite a été créée à Harbourg (Allemagne) le 1er octobre dernier.

Cliniques dentaires militaires nomades.

Il a été créé récemment dans plusieurs hôpitaux militaires d'Autriche des cliniques dentaires nomades pour les autorités militaires, les officiers et les soldats en activité ou retraités. Le tarif y est très réduit. Cette création est due au Ministère de la Guerre, qui rémunère les praticiens ; les patients fournissent à leurs frais les matières dont ils ont besoin, sauf les soldats pour lesquels la gratuité est absolue.

Il existe déjà depuis plusieurs années une clinique semblable à Vienne, où sont instruits au point de vue dentaire les médecins militaires qui doivent être chargés de ces cliniques nomades dans les villes de garnison.

30e ANNÉE. N° 6 30 MARS 1910 VOL. XLIII

L'ODONTOLOGIE

L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

TRAVAUX ORIGINAUX

LE PROBLÈME DE L'ARTICULATION

Par ALFRED GYSI, D. D. S.,
Professeur à l'École dentaire de l'Université de Zurich.

CHAPITRE PREMIER

Aperçu historique.

Le problème de l'articulation n'est pas encore, à mon point de vue, complètement résolu, si nous voulons non seulement connaître théoriquement les mouvements du maxillaire inférieur, mais encore les reproduire mécaniquement d'une manière exacte, et ceci dans chaque cas individuel aussi bien que dans un cas normal. La lecture de ce travail et la pratique diront de combien je me suis approché de la solution du problème.

Les travaux de *Bonwill* dans ce domaine datent de 40 ans. Je les considère comme suffisamment connus et ne m'occuperai que de ceux qui reposent sur son système d'articulateur et le perfectionnent.

Quant aux articulateurs à charnières sans autre mouvement que celui de s'ouvrir et de se fermer, ils étaient déjà employés avant 1887, et le sont encore malheureusement aujourd'hui ; je n'en parlerai pas.

Pourquoi la découverte de *Bonwill* est-elle encore si peu mise en pratique, et comment se fait-il que beaucoup reviennent au simple articulateur à charnières ? Cela vient de ce

fait que ceux qui se sont donné la peine de l'essayer ont bien vite reconnu qu'une fois en bouche, les dentiers ne fonctionnaient jamais comme dans l'articulateur. Ces insuccès eurent pour effet d'empêcher les progrès dans cette méthode d'articulation.

Quelques praticiens, tels que *Walker* (1896), *Schwarze* (1900), *Christensen* (1902), cherchèrent la cause de ces échecs et trouvèrent que les déplacements du maxillaire inférieur ne se font pas horizontalement comme dans l'articulateur de *Bonwill*, mais dans un plan incliné, en avant et en bas.

Cette trajectoire inclinée avait déjà été trouvée auparavant par deux anatomistes, indépendamment l'un de l'autre : par *Luce*, de Boston, 1889 et par le comte *Spee*, 1890 ; cependant leurs travaux restèrent longtemps inconnus dans les milieux dentaires.

Dès 1894 je m'efforçai également de construire un articulateur à déplacement incliné.

Dans les années 1896-99 et en collaboration avec *Eug. Müller*, de Zurich, j'ai construit un articulateur sur le plan de l'articulation temporo-maxillaire. Les résultats de nos recherches ont été annoncés à l'assemblée annuelle des dentistes suisses à Lucerne en 1899 (voir *Revue trimestrielle suisse d'odontologie*, juillet 1899, pages 214 et 259). Comme notre articulateur à condyles ne donnait de bons résultats que dans les cas normaux et procurait dans les cas spéciaux des échecs plus ou moins grands, il ne vint jamais dans le commerce.

Après de nombreux essais, *Schwarze* réussit à construire un articulateur à trajectoire inclinée. *Christensen* dit à ce sujet dans la *Correspondenz Blatt* de janvier 1902 :

« *Schwarze* a construit, il y a quelque temps, un articulateur qui, au moyen de ressorts horizontaux et verticaux, permet tous les mouvements naturels du maxillaire et résout ainsi la question. Mais comme ces joints à ressorts ne forment pas un glissoir fixe pour les divers mouvements, cet articulateur ne peut être utile que dans les cas où il existe en-

core des dents naturelles qui dirigent les mouvements ; il n'est d'aucun secours lorsqu'il n'y a plus de dents. »

Walker fut le premier qui établit un appareil permettant de mesurer sur le patient l'inclinaison individuelle de la trajectoire des condyles par rapport à la ligne faciale (*Dental Cosmos*, octobre 1897). *Walker* a réussi également, dans une certaine mesure, à reproduire ces indications au moyen d'un articulateur. Ses appareils sont malheureusement tellement compliqués et coûteux qu'il ne s'en est jamais fabriqué, faute de demande.

En 1900, j'ai établi un appareil de mensuration simplifié destiné à mesurer l'inclinaison de la trajectoire de l'articulation par rapport au plan d'occlusion, c'est-à-dire le chemin que parcourent les deux sommets postérieurs du triangle dans le plan vertical et pour la première fois à enregistrer d'une manière simple et pour chaque individu le chemin que parcourt le sommet antérieur du triangle dans le plan horizontal.

C'était la partie la plus facile de tout le problème, mais il m'a fallu sept années pour arriver à reproduire ces mouvements mécaniquement dans un articulateur, et six modèles différents furent établis pendant ce laps de temps. Je ne voulais pas publier mes théories avant qu'elles aient été expérimentées dans la pratique.

Entre temps, *Parfitt* et *Constant* (Angleterre) réussirent à enregistrer pour chaque individu les mouvements des deux sommets postérieurs du triangle du maxillaire et à les reproduire avec un articulateur. L'articulateur de *Parfitt* est unique dans sa simplicité, mais il ne correspond pas aux mouvements naturels du sommet antérieur du triangle du maxillaire. L'articulateur de *Constant* m'est malheureusement inconnu.

C'est *Christensen* qui a trouvé, en 1902, la méthode la plus simple pour déterminer l'inclinaison de la trajectoire de l'articulation : il n'emploie pas d'appareil, mais, dans le mouvement de projection du maxillaire, il fait mordre le patient ayant en bouche les deux cires d'articulation sur

deux petites sphères de cire molle qui peu à peu se transforment en un coin dur avec lequel l'inclinaison de la trajectoire des condyles peut être déterminée sur l'articulateur.

Cette méthode a, malgré sa simplicité ingénieuse, l'inconvénient de demander au patient une séance spéciale, tandis que mes mensurations peuvent se faire en même temps que l'on prend l'articulation.

La construction de l'articulateur de *Christensen,* à part certains défauts dont il sera parlé plus tard, repose, en somme, sur des principes exacts, et permet d'imiter les mouvements latéraux du maxillaire inférieur ; l'appareil manque cependant d'une fixité suffisante, il donne lieu, à côté des mouvements exacts, à des mouvements accessoires impossibles à contrôler, comme le font les articulateurs de *Bonwill, Walker* et *Parfitt.*

La mensuration angulaire de *Christensen,* comme celle de *Walker,* est fausse dans tous les cas où la trajectoire de l'articulation ne représente pas une ligne droite, mais un arc plus ou moins grand ou une courbe en forme de S, ce qui, d'après mes observations, se présente souvent (Voir fig. 8).

Au début de cet arc en forme de S, la trajectoire est plus ou moins horizontale, mais à mesure que le condyle avance sur la racine transverse (tuberculum articulare) le chemin est plus perpendiculaire pour redevenir plus ou moins horizontal vers la fin du parcours, les deux méthodes précitées ne donnent qu'une ligne droite qui a partout la même inclinaison et qui ne correspond qu'au commencement et à la fin du mouvement ; ce qui doit représenter le parcours entre ces deux points extrêmes n'est pas indiqué et ne peut, par conséquent, être rapporté sur un articulateur. Dans cet ordre d'idée, la méthode de *Parfitt* est plus exacte, car elle permet d'enregistrer l'inclinaison et la forme de la trajectoire et de les reporter sur l'articulateur.

D'après ce qui précède, on peut voir que ces deux savants se sont approchés de très près de la solution du problème de l'articulation ; quant à la réalisation mécanique de

cette solution sous la forme d'un articulateur exact et pratique, ils sont l'un et l'autre bien loin de l'idéal. Pourquoi? Premièrement parce qu'un savant est rarement en même temps un mécanicien, et secondement parce qu'il est très difficile de faire pénétrer un mécanicien de profession dans les arcanes de l'articulation du maxillaire inférieur, de telle façon qu'il puisse créer un appareil répondant aux données théoriques.

En 1901 *Tomes* et *Dolamore* ont publié leurs recherches sur l'indication graphique des mouvements du maxillaire, mais comme ils ne s'occupent que des mouvements d'ouverture et de fermeture de la bouche, mouvements qui n'ont pas d'influence directe dans la disposition des dents artificielles, ces recherches n'ont qu'un intérêt théorique.

Dans le numéro de janvier 1905 du *Dental Cosmos* a paru un travail de *Campion* (Angleterre) sur le graphique des mouvements du maxillaire. Comme son appareil enregistreur doit être fixé aux dents inférieures naturelles, il est influencé lorsque ces dents sont disposées irrégulièrement et, de ce fait, *Campion* a obtenu ces trajectoires singulières; il a du reste enregistré des mouvements d'ouverture et de fermeture et des mouvements latéraux extrêmes qui ne se produisent pas dans les mouvements normaux de mastication. Cet auteur en est ainsi arrivé à conclure qu'il est impossible de construire des articulateurs pouvant être utilisables dans tous les cas particuliers.

En 1906 *Peckert* (de Heidelberg) a fait paraître une très bonne dissertation sur la *trajectoire* inclinée des condyles et son importance dans la prothèse; j'y reviendrai dans le cours de ce travail.

Aux Etats-Unis, sont apparus ces derniers temps quelques nouveaux appareils.

Kerr a fait bréveter en 1902 un articulateur théoriquement juste basé sur la hauteur du plan d'occlusion. Il comporte, comme le mien, une plaque à fentes pouvant avoir toutes les inclinaisons désirables et dans laquelle circule un stylet. Le mouvement de fermeture et d'ouverture est aussi

indépendant de l'inclinaison de la trajectoire, mais il n'est pas suffisamment stable pour se combiner avec le mouvement de l'articulation. Cet articulateur se comporte très bien avec un modèle de plâtre ayant toutes les dents, ou avec un dentier déjà vulcanisé, mais tant que les dents sont encore dans la cire d'essai, il donne lieu à des mouvements accessoires que l'on ne peut contrôler parce qu'il manque de la sûreté, de la fixité que donne la trajectoire des incisives. (Voir fig. 20 B.)

Dans beaucoup de cas l'articulateur *Kerr* est excellent, en l'employant toutefois exactement, mais il ne donne pas suffisamment toutes les variations individuelles, car il n'a qu'une forme de trajectoire et qu'une position des centres de rotation.

L'articulateur *Antes-Lewis* a, comme celui de *Kerr*, une fente pour les mouvements à inclinaison invariable et plus petite que celle de mon instrument ; il en résulte de grosses erreurs dans beaucoup de cas.

L'articulateur de *Gritman* est très pratique et très stable avec une trajectoire faiblement inclinée dans une plaque à fentes qui ne peut être déplacée.

Dans le numéro de juillet 1907 de la revue *Oesterreichisch-ungarische Vierteljahrschrift für Zahnheilkunde*, *Wallisch* décrit un appareil qu'il appelle articulateur naturel. L'articulation correspond comme forme et inclinaison à un tuberculum articulare très incliné. Les mouvements en bas, de la région des incisives supérieures, qui sont faux dans tous les autres articulateurs, sont rendus ici impossibles, du moins d'après sa construction théorique, car en fait l'exécution mécanique est si défectueuse que ces faux mouvements existent cependant. Par contre cette région des incisives a la même inclinaison que la trajectoire de l'articulation. *Wallisch* part, en effet, de cette assertion qu'en mordant directement en avant le maxillaire inférieur ne fait pas un mouvement de torsion, ne s'ouvre pas, mais se déplace parallèlement.

D'après mes recherches, et comme je le montrerai plus

loin, le tuberculum articulare a des inclinaisons de 5° à 45° quant au plan d'occlusion, tandis que l'angle de la trajectoire des incisives est de 50° à 70°, de sorte que le cas ne se présente jamais que les deux points aient des mouvements à inclinaison identique.

L'articulateur de *Wallisch* ne mérite donc pas la dénomination de naturel, de reproduction fidèle de la nature.

Plus on étudie les mouvements du maxillaire inférieur, plus on est étonné de leur diversité.

Je ne puis dans ce travail m'occuper des conditions normales anatomiques ; je dois les considérer comme connues et je renvoie les intéressés à l'excellent travail de *Wallisch* sur l'articulation du maxillaire paru dans la revue *Oesterreichisch-ungarische Vierteljahrschrift für Zahnheilkunde,* avril 1903.

Schwarze a construit dernièrement un nouvel articulateur qui fonctionne comme celui de Christensen ; étant plus simple et plus stable, il constitue un progrès marquant.

Wilson décrit dans le *Dental Cosmos*, octobre 1908, l'articulateur récent de Snow « New Century articulator » et ses instruments de mensuration « Face Bow » et « Bite Guides » ; c'est un appareil simple et maniable comme celui de Gritman, tout en possédant une trajectoire d'articulation dont l'inclinaison, d'après le système de Christensen, peut être adapté à chaque cas : au moyen du Face Bow, on peut déterminer la distance des cires d'articulation depuis l'axe de l'articulation, ce qui est très important, comme nous verrons.

Chez l'homme apparaissent les conditions les plus compliquées, car le maxillaire inférieur se meut de haut en bas, d'avant en arrière, de droite à gauche, et dans toutes les combinaisons de ces trois mouvements élémentaires ; à cela s'ajoutent encore les nombreuses différences d'un individu à un autre, dépendant de la plus ou moins grande inclinaison de la paroi antérieure de la cavité articulaire, du chevauchement plus ou moins grand des incisives, des différences dans la coordination du jeu des muscles, de sorte

que le centre de rotation de tout le système est tantôt en deçà, tantôt en delà des condyles ; enfin viennent, chez le même individu, les différences entre le côté droit et le côté gauche, par suite de la perte des dents à des époques différentes, ce qui a pour résultat d'occasionner des mouvements de mastication restreints, et d'un seul côté.

En prothèse, lorsque toutes les dents sont extraites, il est de toute importance de trouver les déviations de la forme normale. L'affirmation faite par plusieurs auteurs de se rapprocher le plus possible de l'aspect normal et naturel est erronée, car dans une mâchoire édentée nous n'avons plus de relations naturelles, d'abord comme il a été dit, par la perte des dents à des époques différentes, secondement par la résorption différente des deux maxillaires, troisièmement parce que les dents artificielles ne sont pas aussi solidement fixées au maxillaire que les naturelles. *Christensen* dit à ce sujet avec raison : « Il ne suffit pas pour atteindre notre but de suivre aveuglément les directions que nous fournit la nature ; nous devons plutôt soumettre à l'examen les conditions mécaniques qui se présentent et exécuter notre travail selon les principes généraux de la mécanique ».

Il ne doit pas être perdu de vue qu'un articulateur, même le plus parfait, ne peut donner un résultat complet s'il n'est employé judicieusement ; ce n'est qu'un aide, et un appareil de prothèse n'aura de stabilité que si la forme et la position des dents correspond au cas particulier et aux mouvements de la mastication.

Nous avons ici les mêmes particularités qu'en photographie ; à quoi sert le meilleur appareil, si les temps de pose sont choisis sans jugement ? Là aussi, les meilleurs résultats sont obtenus avec un bon appareil si son maniement est en relation avec chaque cas particulier.

Dans les chapitres suivants, je m'efforcerai de présenter clairement les résultats de mes recherches.

CHAPITRE II

Description des instruments servant à déterminer les éléments des mouvements du maxillaire inférieur dans chaque cas particulier.

Les deux condyles forment, selon Bonwill, un triangle plus ou moins isocèle avec le point de contact des deux incisives centrales inférieures.

Des deux appareils de mensuration que j'ai établis, je détermine avec l'un (Fig. 1 *G*) la forme et la direction de la trajectoire des deux sommets postérieurs du triangle, soit les condyles, dans le plan vertical, en ouvrant, en avançant la mâchoire et en combinant ces mouvements; avec l'autre instrument (Fig. 1 *S*) je détermine l'inclinaison de la trajectoire du sommet antérieur du triangle (incisives centrales) dans le plan horizontal en faisant mouvoir la mâchoire latéralement.

A l'aide des mouvements séparés de ces trois points du maxillaire inférieur dans les trois directions de l'espace, je puis déterminer tous les mouvements du maxillaire et toutes les combinaisons de ces mouvements.

A. — Le grand enregistreur pour la forme et la direction de la trajectoire de l'articulation. (Voir *G*. fig. 1.)

Cet appareil sert à mesurer la trajectoire décrite par les condyles pendant les mouvements du maxillaire inférieur. La partie principale de cet instrument consiste en deux pointes de graphite placées sur le maxillaire inférieur et pour chaque cas individuel exactement à la région des condyles (fig. 2).

La plaque en fer à cheval (*H* fig. 1) sert à fixer le tout au maxillaire inférieur; elle est elle-même tenue au moyen de ses arêtes sur la cire d'articulation inférieure dans laquelle elle est pressée; à cette plaque est ensuite adapté l'appareil enregistreur (*G* fig. 2) et l'ensemble est ainsi contrebalancé

(fig. 4) et peut se tenir de cette façon, solidement en bouche.

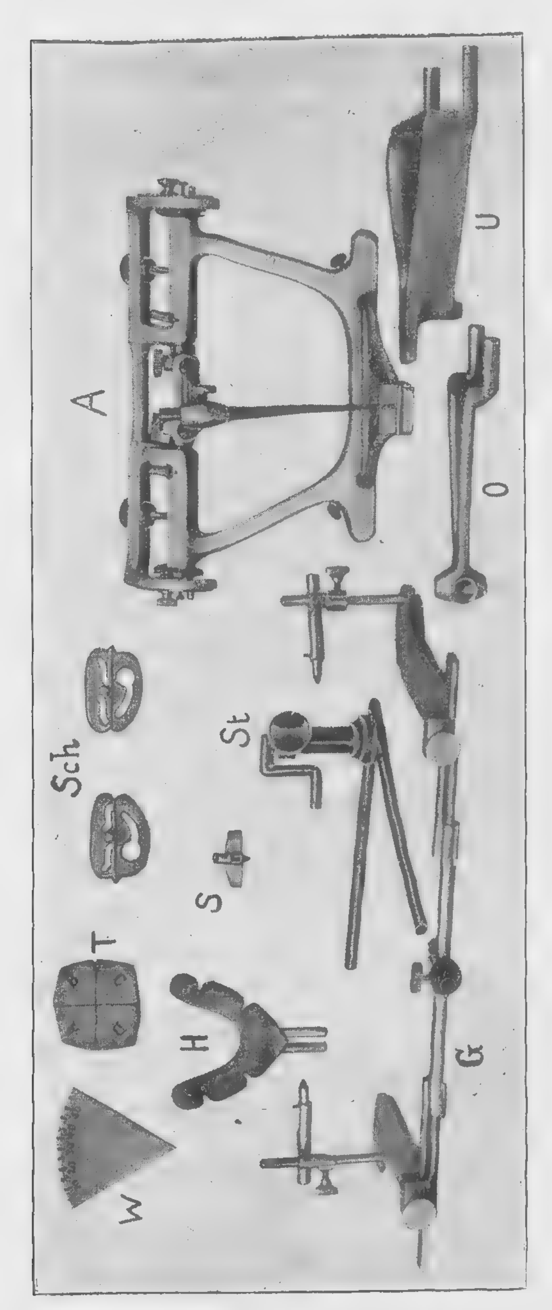


Fig. 1. — *L'articulateur au complet.*

A. — L'articulateur.
O et U. — Seconde paire de brides.
G. — L'enregistreur de la trajectoire de l'articulation.
S. — L'enregistreur de la trajectoire des incisives.
H. — Plaque en fer à cheval pour fixer G aux cires d'articulation.
Sch. — Seconde paire de plaques à fentes pour la trajectoire de l'articulation.
W. — Appareil pour mesurer l'angle d'inclinaison de la trajectoire de l'articulation
T. — Plaques types pour le sillon longitudinal des molaires.
St. — Support pour orienter les modèles pendant la mise en plâtre.

Parallèlement à la plaque en fer à cheval disposée dans le plan d'occlusion, on voit (fig. 30) à chacun de ces côtés deux

ailes parallèles dirigées en arrière (*P* fig. 30 et fig. 2) supportant à la région des condyles les deux pointes de graphite (*B* fig. 30 et fig. 2) qui, faisant ressort, peuvent être mues dans toutes les directions. Pour des cas extrêmes, ces pointes peuvent être changées de place de gauche à droite ou déplacées sur leur support vertical, en haut ou en bas au moyen de la vis (*S* fig. 30) afin de se trouver le plus possible en angle droit par rapport au plan enregistreur (fig. 2). Les deux ailes parallèles avec les pointes de graphite peuvent être déplacées sur la tige qui les unit (fig. 2 et fig. 30) soit en dehors, soit en dedans, selon la grosseur de la tête de la personne sur laquelle on fait ces mensurations. L'inclinaison de la trajectoire de l'articulation est mesurée par rapport à la plaque en fer à cheval fixée dans le plan d'occlusion ; le bord inférieur du plan enregistreur placé à la région des condyles doit par conséquent être parallèle aux deux ailes parallèles (fig. 2). L'appareil sert en même temps de compas (Face Bow des Américains), car il permet de mesurer la distance à laquelle se trouvent les rebords alvéolaires par rapport à l'axe de l'articulation, aussi bien dans le sens vertical que dans le sens horizontal (fig. 30).

Pour déterminer les mouvements individuels du maxillaire inférieur, on façonne les deux cires d'articulation. Leur plaque de base, qui doit être le plus stable possible, est faite en stents de 1.5mm. d'épaisseur et renforcée par des fils métalliques. La cire que l'on met là-dessus doit reposer exactement au-dessus du milieu du rebord alvéolaire et ne pas être plus large ou plus épaisse que les dents naturelles ; on est ainsi assuré d'avoir un contour des lèvres exact et par conséquent une hauteur de l'articulation exacte.

Après avoir, comme on dit, pris l'articulation selon les méthodes usuelles, déterminé la longueur des incisives, le milieu du visage, la hauteur de l'articulation, etc., on fait ouvrir et fermer la bouche plusieurs fois de suite tout en cherchant avec le doigt, à la région de l'oreille externe, la place où se meuvent les condyles ; on marque cette place

sur la peau avec un crayon ou bien on se repère simplement par la vue, lorsque la bouche est fermée et l'articulation au repos. En général, le condyle se trouve à 1 cent. du tragus de l'oreille dans la direction de l'angle externe de l'œil (fig. 3).

On a donc placé la plaque en fer à cheval *h* (fig. 4) bien



Fig. 2. — Comment on détermine la forme de la trajectoire de l'articulation.

au centre dans la cire d'articulation inférieure ; le tout est alors remis en bouche.

Si le cas se présente que le maxillaire inférieur ait encore des dents naturelles, on emploie une plaque en fer à cheval sans arêtes ; on colle dessus du stents ramolli et on le presse sur les dents du bas comme pour prendre une empreinte ; on peut ensuite procéder comme il est indiqué ci-dessus. Lorsque la mâchoire inférieure possède encore beaucoup de dents, il n'est généralement pas nécessaire de faire des mensurations.

Pendant que les cires d'articulation sont en bouche (fig. 2)

on adapte l'appareil enregistreur et on fixe les pointes de graphite à l'endroit que l'on a déterminé comme correspondant aux condyles B (fig. 2) en les faisant glisser et tourner sur leurs supports et en les rapprochant le plus près de la peau.



Fig. 3. — Indique la place des condyles sur laquelle doivent être placées les deux pointes en graphite de l'enregistreur Fig. 2.

Pour trouver maintenant la forme et l'inclinaison de la trajectoire de l'articulation on tient avec la main au-dessus de la région d'un des condyles une feuille de papier de la grandeur et de l'épaisseur d'une carte de visite (fig. 2) ; *son bord inférieur doit être parallèle aux ailes* parallèles de l'enregistreur *P* (fig. 2). Ces dernières sont déplacées sur la tringle *T* (fig. 2) jusqu'à ce que la pointe de graphite vienne en contact tout en faisant ressort sur la feuille de papier. Le patient ouvre et ferme la bouche et fait en outre et surtout les mouvements latéraux de la mâchoire jusqu'à ce que la trajectoire s'inscrive d'une façon distincte (fig. 2).

On peut observer pendant les mouvements du maxillaire :

1° Que les pointes de graphite suivent d'abord la courbe dessinée en ouvrant et fermant la bouche ;

2° Que pendant qu'un condyle se déplace en avant, l'autre se dirige plus ou moins en arrière.

(Voir les explications de la fig. 9.)

Toute cette mensuration de la trajectoire de l'articulation ne dure, une fois l'articulation prise, que trois minutes à peine.

Lorsqu'elle est terminée pour un côté du maxillaire, on place de la même manière la feuille de papier sur l'autre côté et on fait exécuter les divers mouvements. Ceci fait, les pointes de graphite, la feuille de papier, l'appareil enregistreur sont enlevés : seule, reste la plaque en fer à cheval. Les pointes de graphite ne doivent toutefois pas être dépla-



Fig. 4. — L'appareil enregistreur avec la plaque en fer à cheval à laquelle on fixe la cire d'articulation inférieure.

cées de leur support, car leur position est de toute importance lors de la mise en plâtre des modèles sur l'articulateur (fig. 30). On peut sortir de la bouche les cires d'articulation.

Pour déterminer maintenant l'inclinaison de la trajectoire obtenue par rapport au plan d'occlusion, on procède de cette façon :

On choisit une des plaques à fentes du même côté de la tête qui correspond le mieux à la trajectoire enregistrée (Si celles qui sont fournies avec l'articulateur ne conviennent pas, on peut toujours en obtenir du fabricant) et on l'applique sur la courbe marquée par la pointe de graphite de telle façon que cette dernière apparaisse le plus possible parallèle à l'une des deux fentes (fig. 5). Ceci fait, la pointe qui est fixée à la plaque troue la feuille de papier sur laquelle on marque ensuite au crayon les deux extrémités de

l'axe de la plaque (l'une est en forme d'aiguille, l'autre de coche) ; on a ainsi la direction moyenne de la trajectoire

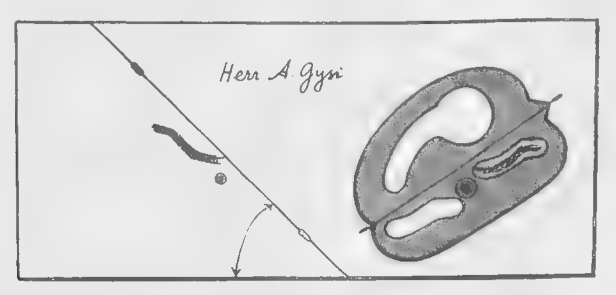


Fig. 5. — Comment on détermine la position de la trajectoire au moyen de la plaque à fentes.

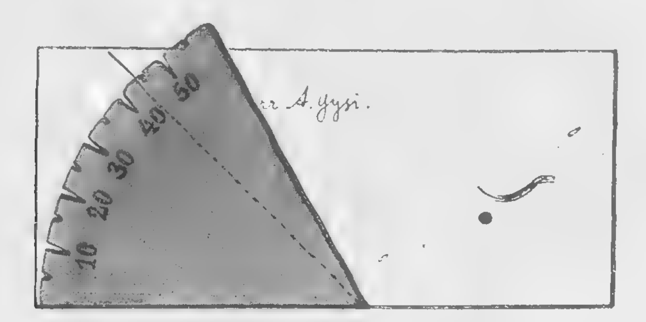


Fig. 6. — Comment on mesure l'angle que forme la trajectoire avec le bord inférieur de la feuille de papier.

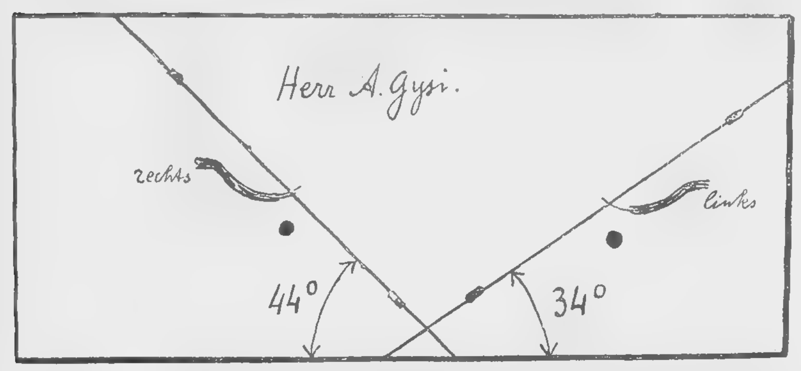


Fig. 7. — Mensurations complètes de l'articulation d'un patient.

(Voir côté droit de la fig. 5). La plaque à fentes est ensuite enlevée de la feuille de papier ; les deux points marqués sont réunis par une ligne droite qui est prolongée jusqu'au bord inférieur de la feuille (Voir côté gauche de la fig. 5) et

l'angle ainsi formé est mesuré au moyen d'un rapporteur (fig. 6).

Comme, pendant les mensurations sur le patient, le papier enregistreur est tenu parallèlement aux ailes parallèles *P* (fig. 2), lesquelles sont parallèles à la plaque en fer à cheval, elle-même placée dans le plan d'occlusion (fig. 30), l'angle mesuré représente donc bien l'inclinaison de la trajectoire de l'articulation par rapport au plan d'occlusion.

La plaque à fentes choisie est placée sur le côté correspondant de l'articulateur ; on lui donne au moyen de l'échelle graduée *W* (fig. 25 et 27) l'inclinaison trouvée plus haut et on agit de même pour le côté opposé, le tout prenant moins de temps qu'il n'en faut pour le lire.

La fig. 7 est la reproduction en grandeur naturelle du papier enregistreur sur lequel les trajectoires gauche et droite ont été mesurées de cette façon ; à droite le condyle se meut donc sous un angle de 44° par rapport au plan d'occlusion (Voir fig. 2) et à gauche sous un angle de 34°.

Si le cas se présente que la trajectoire soit trop droite pour que la ligne prolongée atteigne le bord inférieur de la feuille de papier, on tire du point où elle touche le bord latéral une parallèle au bord inférieur (fig. 8).

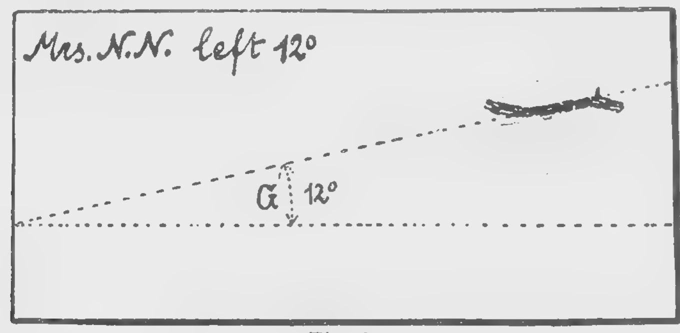


Fig. 8.

On pourrait objecter que le plan d'occlusion des cires d'articulation n'est pas un point bien fixe pour ces mesures puisque, en ajustant les dents, on est obligé de modifier ces cires selon les circonstances.

Cette objection n'est juste qu'en apparence, car en fait on obtient l'angle d'inclinaison non seulement par rapport à la surface d'articulation provisoire, mais encore par rapport au rebord alvéolaire du maxillaire inférieur et principalement par rapport au modèle du maxillaire. Si l'on modifie le plan d'occlusion provisoire, l'angle d'inclinaison change en effet, mais le rapport entre la position du modèle du maxillaire et la trajectoire reste identique.

Je vais analyser maintenant d'une manière détaillée une courbe comme celle indiquée dans les figures 5 à 7.

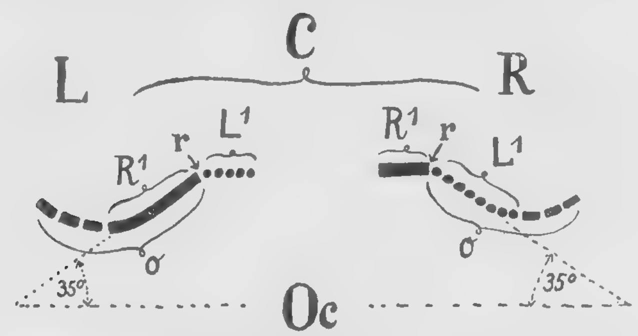


Fig. 9. — Analyse d'une trajectoire gauche et d'une trajectoire droite, comme elles sont obtenues dans la Fig. 2.

C. — Trajectoire ; L. — Côté gauche ; R. — Côté droit : Oc. — Plan d'occlusion : R. — Position des condyles au repos ; R1. — Trajectoire des condyles en mordant à droite ; L1. — Trajectoire des condyles en mordant à gauche : O. — Trajectoire des condyles en ouvrant et fermant la bouche ; 35°. — Inclinaison de la trajectoire en sa partie médiane.

La figure 9 représente, agrandie, une courbe gauche et une courbe droite ; leurs trois parties principales sont indiquées chacune d'une manière distincte, par un pointillé, un plein et par des traits séparés.

Il est facile de voir que, pendant les mouvements d'avant et d'arrière d'un condyle, l'autre se meut plus ou moins horizontalement et en arrière.

Le mouvement du maxillaire qui s'ouvre et se ferme et celui qui le porte fortement en avant se composent de deux parties : premièrement du parcours que décrit le condyle un peu de côté et secondement du parcours que décrivent les condyles sur le tuberculum articulare, parcours qui est plus

ou moins horizontal et qui même vers la fin se dirige en haut.

Comme cette dernière partie (sur la figure en traits séparés) ne se voit que dans les mouvements exagérés de côté ou d'ouverture ou de fermeture sans importance dans la mastication, je ne détermine que l'angle de la partie moyenne de la courbe, seule pratiquement utile. (Dans le cas de la figure 9 cet angle est de 35°.)

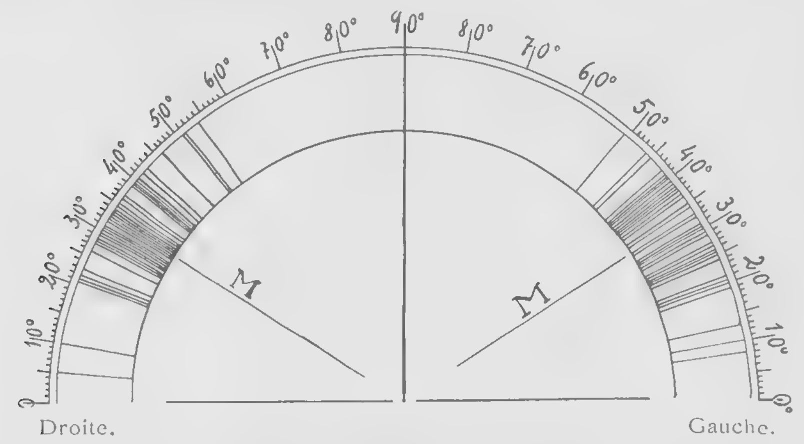


Fig. 10. — Statistique d'un grand nombre d'angles de trajectoires, d'où il ressort que l'inclinaison moyenne est de 33°.

Il est relativement rare que les deux courbes aient une même forme et un même angle d'inclinaison.

Dans la figure 13 (de *a* jusqu'à *l*) on voit quelques-unes des différences qui se produisent entre la gauche et la droite quant à la forme et à l'inclinaison chez un seul et même individu.

De *m* à *q* on voit quelques exemples des différences qui peuvent se produire dans l'une ou dans les deux articulations en même temps entre le chemin parcouru en ouvrant et fermant et le chemin parcouru dans les mouvements latéraux ; seuls les mouvements latéraux ont de l'importance pour l'articulation des dents artificielles et on mesure par conséquent seulement leur angle.

Dans la figure 10, sont indiqués quelques angles et de cette statistique on peut conclure que l'angle moyen est environ de 33°.

Droite	Gauche	Différence	Droite	Gauche	Différence
54°	54°	0°	33°	38°	5°
40°	40°	0°	43°	38°	5°
33°	33°	0°	35°	30°	5°
51°	50°	1°	30°	25°	5°
26°	27°	1°	26°	20°	6°
39°	37°	2°	28°	20°	8°
28°	30°	2°	21°	13°	8°
23°	21°	2°	40°	32°	8°
35°	37°	2°	10°	19°	9°
40°	42°	2°	34°	25°	9°
32°	35°	3°	22°	31°	9°
31°	34°	3°	30°	40°	10°
33°	36°	3°	28°	39°	11°
37°	40°	3°	40°	25°	15°
5°	9°	4°	29°	45°	16°
36°	40°	4°	46°	29°	17°
10°	14°	4°	23°	45°	22°

Fig. 11. — Exemples variés d'angles de trajectoires.

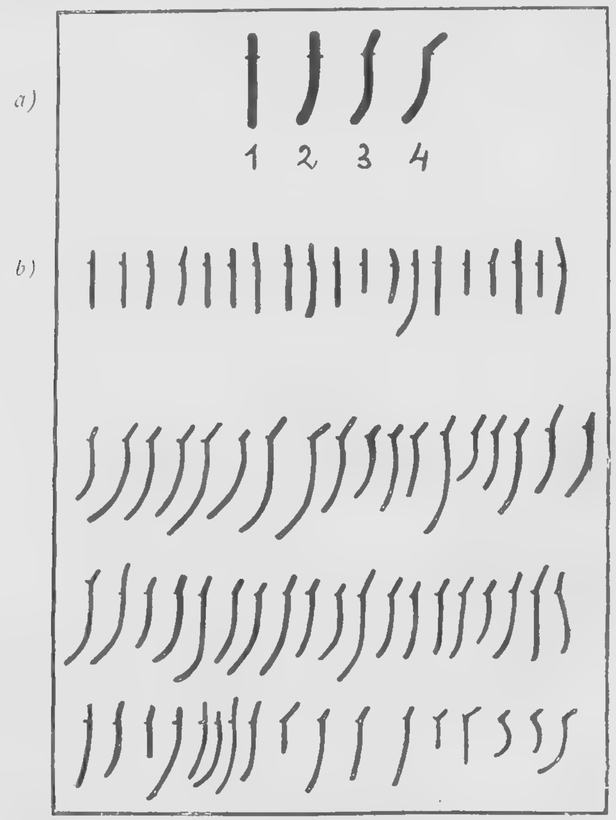


Fig. 12. — *a)* Les 4 types principaux de trajectoires.
b) Divers types de trajectoires enregistrés chez des personnes édentées.

Dans la figure 11, sont les mêmes cas arrangés par individu : la moitié des différences entre le côté gauche et le côté droit est de 0° à 4°. Comme des différences si petites peuvent être considérées comme des fautes possibles de mensuration, et que dans la pratique elles ne peuvent apporter de dérangements notables, on peut dire que la moitié des patients édentés que j'ai examinés ont à droite et à gauche le même angle et que l'autre moitié présente des différences de 5° à 22°, en moyenne de 10° environ. Un cas vraiment extraordinaire avait à droite 51°, à gauche 10°, ainsi une différence de 41° !

Dans la fig. 12 sont réunies les diverses trajectoires que j'ai mesurées et les 4 types principaux.

Seuls, les types principaux deux et quatre sont employés avec mon articulateur ; les autres formes qui se voient plus rarement peuvent être demandées ou simplement confectionnées avec une mince plaque de laiton.

(A suivre.)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE SUR LE COURANT D'AIR CHAUD

Par

C. H. Jean
D. E. D. P. — D. D. S.

Th. Morineau
D. E. D. P.

Démonstrateurs à l'École dentaire de Paris.

(Communication à la Société d'Odontologie de Paris, 1er mars 1910.)

Tant en médecine qu'en chirurgie les agents physiques, en particulier l'air chaud, tendent de plus en plus à se substituer à la thérapeutique pharmaceutique.

Nous avons pensé qu'il serait utile de ne pas limiter à l'art dentaire exclusivement nos connaissances des effets thérapeutiques de l'air chaud et qu'en étudiant son emploi en médecine et en chirurgie nous pourrions peut-être en tirer des enseignements qui viendraient augmenter encore la grande confiance que nous avons déjà dans cet agent physique.

L'emploi de l'air chaud en thérapeutique est, paraît-il, de date fort ancienne. Sous le nom *d'incubation*, Guyot l'avait mis en vigueur en France dès 1840, époque après laquelle cette méthode de traitement connut une période d'engouement, puis d'oubli.

Fort longtemps après, Bier l'utilise à nouveau pour obtenir l'hyperhémie active, c'est-à dire l'augmentation localisée de la circulation sanguine, mais ce n'est que depuis une vingtaine d'années environ que son application à haute température lui rendit le regain d'actualité qu'il possède de nos jours.

C'est ainsi que dans la *Presse Médicale* du 30 août 1897 nous voyons un article du Dr Hollaender (Berlin) relatant les nombreux succès qu'il vient d'obtenir en deux ans, dans ses tentatives de traitement de lupus vulgaires par les courants d'air chaud. L'auteur déclare que des malades n'ayant plus figure humaine ont vu en quelques semaines leurs ulcérations se cicatriser.

L'instrument dont il faisait usage pour ses expérimentations était d'une conception fort simple et d'un maniement assez commode. Il se compose d'une tige métallique terminée en pointe et percée d'une lumière centrale à travers laquelle on fait passer un courant d'air au moyen d'une soufflerie en caoutchouc. Pour faire fonctionner l'appareil il suffit d'exposer la tige à l'action d'une flamme et de projeter un courant d'air en faisant manœuvrer la poire en caoutchouc. Après avoir traversé la lumière de la tige métallique incandescente, le courant d'air qui sort par l'orifice libre peut acquérir une température de 300° et plus.

Plus récemment encore les remarquables communications de MM. Bonamy et Muller à la Société Médicale des Hôpitaux, séance du 3 avril 1909 et dans Paris Chirurgical 1909, sont venues attester les propriétés curatives, hyperhémiantes que possède ce merveilleux agent de destruction microbienne et nous démontrer qu'en pratique la douche d'air chaud répondait à ce que l'on pouvait attendre d'elle en théorie.

Dans leurs multiples essais les Drs Bonamy et Muller se servaient d'abord de l'appareil de Prat, puis de celui de Gaiffe sur les indications de MM. Vignat et Muller. Il se compose d'une pompe mûe électriquement qui comprime l'air et l'envoie par un tube au contact d'un foyer de chaleur entouré d'une double gaîne métallique et isolante, laquelle permet à l'air comprimé par la pompe de venir s'échauffer à son contact et d'en ressortir par une tubulure à une température que l'on règle à volonté jusqu'à 800°. Avec cet instrument aéro-thermique on projette sur les parties malades une douche d'air chaud comme à l'aide d'un vaporisateur.

Les guérisons merveilleuses obtenues par cette méthode de traitement sont nombreuses et les intéressantes observations publiées sur des cas de lupus, gangrène, diabétique, épithélioma cutané, leucoplasie buccale plus ou moins rebelles à tout autre traitement sont des plus probantes.

M. Ricard a présenté à la Société de Chirurgie cinq

malades atteints de gangrène diabétique confirmée avec sphacèle définitif des téguments, qu'il avait guéris par cette *méthode*.

Routier l'a employée aussi avec succès dans des ulcérations trophiques d'un moignon et Bazy sur des ulcérations phagodermiques de la verge et des bourses. M. Cahier l'emploie dans les cas d'hémo-hydarthrose du genou en chauffant cette articulation dans une caisse à l'intérieur de laquelle arrive un courant d'air qui atteint jusqu'à 120°.

M. Mahu s'est servi avec nous de l'air chaud dans le traitement des sinusites.

M. Quenu, l'an dernier, fit sur l'application de l'air chaud à 300° et plus, pour la stérilisation des cavités infectées, une communication à la Société de Chirurgie de Paris.

En résumé, la chirurgie dispose de deux modes d'emploi de l'air chaud : on brûle, on cautérise profondément, c'est-à-dire on provoque l'exérèse des tissus malades à l'instar du thermocautère ou simplement on provoque un afflux sanguin et on produit ainsi l'hyperhémie active des parties environnantes.

Donc deux modes bien distincts d'emploi de l'air chaud.

I. — *Cautérisation relative* ou hyperhémiante et n'excédant pas 120° ; c'est cette manière de faire qui nous paraît la plus appropriée à l'art dentaire parce que, quoique relativement à basse température, l'air chaud possède encore de nombreuses propriétés : en effet, il assèche, désodorise et antiseptise une plaie tout en l'hyperhémiant.

II. — *Cautérisation absolue* ou à haute température 1.300° et plus pour Hollaender et jusqu'à 800° seulement pour M. Betch ; en ce qui nous concerne particulièrement cette application est mal supportée, nous verrons plus loin pourquoi (Ob. 1 et 2).

Par ce qui précède il est facile de se rendre compte de l'importance de l'air chaud dans tous ces traitements et aussi combien il doit nous intéresser et combien nous devons chercher à propager son emploi systématique dans le domaine de notre profession.

On peut avec l'air chaud se proposer d'atteindre différents buts, à savoir :

1° Dessiccation ;
2° Antisepsie ;
3° Hémostase :
4° Hyperhémie ;
5° Anesthésie ;

Le phénomène chaleur par lui-même est considérable, ainsi que l'action mécanique du jet d'air ; de plus, il nous est possible d'employer l'air chaud médicamenteux, c'est-à-dire associé à un médicament.

Dessiccation.

Il est certain qu'un courant d'air chaud est un des plus sûrs moyens d'obtenir l'assèchement — une sécheresse pénétrante qui ne se limite pas seulement à la surface de la dentine exposée, mais qui s'étend dans une zone profonde de la masse dentinaire.

On provoque ainsi l'évaporation de l'humidité de la dent, un vide partiel et momentané des canalicules de l'ivoire, que l'on rend plus hydrophile et par conséquent beaucoup plus susceptible d'absorber les antiseptiques liquides. Ceux-ci pénètrent alors plus profondément, surtout s'ils sont volatils, la chaleur augmentant leur évaporation et par le fait leur action.

Cet assèchement est un facteur précieux dans le blanchiment des dents, puisqu'il permet de faire pénétrer de l'eau oxygénée dans la masse de la dentine, phénomène qui ne se produirait pas si la dent n'était pas asséchée d'une façon intense.

De plus, cette dessiccation produit de l'anesthésie par le fait qu'on a supprimé des éléments à la dentine et qu'on en a rendu les extrémités nerveuses moins susceptibles de réagir.

Cette dessiccation nous est également indispensable pour préparer notre champ opératoire et faciliter l'adhérence de nos obturations, aurifications, ciments et scellements de

toutes sortes à condition de profiter immédiatement de cette sécheresse momentanée en ne laissant écouler que le moins de temps possible entre l'assèchement de la cavité et l'obturation.

Comme vous l'a fait remarquer M. Lemière dans une intéressante communication sur l'air comprimé, une douche d'air tiède sur des dents à examiner rend les caries plus visibles et dans une cavité rend plus apparente la limite du tissu sain et du tissu décalcifié ; ce dernier blanchit en séchant. La lumière des canaux s'élargit sous l'action de l'air chaud et ainsi leur recherche est beaucoup plus aisée.

Dans les obturations difficiles du collet des dents où la pose de la digue est souvent impraticable, on obtient par un jet continu d'air chaud sur la cavité et la gencive environnante la sécheresse nécessaire.

De plus, peut-être serait-il possible, par des douches d'air chaud prolongées sur les orifices des canaux excréteurs des glandes salivaires, d'obtenir une sécheresse de la cavité buccale suffisante pour l'exécution de beaucoup de nos opérations qui nécessitent la pose de la digue, mais ceci n'est qu'une hypothèse.

Le courant d'air qui n'a pour but que la dessiccation doit être tiède.

Nous verrons plus loin les inconvénients d'une trop haute température sur la vitalité des dents atteintes de caries au deuxième degré.

Antisepsie.

La propriété capitale du traitement aéro-thermique est l'antisepsie.

Dans les caries du quatrième degré, nous considérons l'air chaud comme le principal agent de désinfection, nous sommes si convaincus de son action prépondérante dans la réussite du traitement du quatrième degré froid que nous sommes certains de guérir une telle dent rien qu'avec le secours de l'air chaud. Nous entendons ce traitement toujours précédé d'un nettoyage mécanique rigoureux des canaux et

toujours suivi d'un pansement occlusif dès la première séance, comme l'indique M. Francis Jean dans sa communication au Congrès de Berlin en 1909.

Pour stériliser la dentine d'une racine, nous serons plus sûrs d'un traitement avec beaucoup d'air chaud et de l'alcool simplement qu'avec le plus puissant antiseptique sans air chaud. Nous devons dire que la prudence nous indique d'ajouter à l'effet considérable de l'air chaud l'aide d'un antiseptique volatil qui vient imprégner tout le tissu de la dent et surtout agir au delà de l'apex.

L'antisepsie obtenue par le traitement aéro-thermique dans le quatrième degré a ce grand avantage de n'être pas irritante.

On n'emploiera qu'une très petite quantité de médicament sur les mèches de coton pour éviter la périostite consécutive à l'irritation médicamenteuse.

Lorsqu'on se propose de faire l'antisepsie d'une dent cariée au quatrième degré, il faut atteindre 120° centigrades au sortir de l'appareil.

En effet, si l'on insuffle de l'air froid dans une racine infectée on ne désodorise que très partiellement et au bout d'un instant l'air qui ressort de l'organe est déjà inodore. Si l'on intervient alors avec de l'air chaud (120°) on constate l'importance du degré de température par ce fait qu'après le passage du courant chaud des émanations nouvelles se produisent en abondance.

Il ne faut pas non plus dépasser ce degré de température. Autrefois nous cherchions la cautérisation absolue avec une température très élevée ; ce n'est pas nécessaire, c'est douloureux et cela peut être nuisible comme en témoigne l'observation suivante.

Observation.

M. K., 45 ans, vient à nous, présentant une carie du quatrième degré de la première grosse molaire inférieure gauche, cavité très étendue avec perforation de la chambre pulpaire au niveau de l'intersection des racines établissant une petite communication avec la gencive sous-jacente. Après traitement mécanique rigoureux, appli-

cation répétée et prolongée d'air trop chaud, nous avons constaté la mobilisation d'un séquestre alvéolaire épousant exactement la forme des deux racines et du volume d'un petit pois.

Nous attribuons uniquement cette nécrose et la formation de ce séquestre à la trop haute température du courant d'air.

Dans quelques autres cas identiques, nous avons employé de l'air entre 80° et 110° et les résultats furent satisfaisants.

Au delà de l'apex le processus thérapeutique est tout autre que l'antisepsie : on se propose d'obtenir de l'hyperhémie active.

Dans le deuxième degré, le seul principe d'asepsie est la très large ablation de tout tissu suspect. Il est nuisible pour la vitalité de ces dents de les porter à une haute température, la dessiccation est suffisante.

A ce sujet, nous avons l'observation suivante :

Observation.

M. B., 21 ans, valet de chambre, présente une carie du collet au deuxième degré, très franc à l'incisive latérale supérieure droite. Injection de cocaïne — préparation indolore de la cavité — insufflation d'air très chaud afin de produire une cautérisation et une antisepsie absolue suivie immédiatement d'une obturation au ciment Poulson. Dix jours se passent sans aucune manifestation, puis soudainement pulpite vive, trépanation, compression cocaïnique et extraction du nerf; nouvelle obturation.

Cette expérience était voulue afin de déterminer la contre-indication de la cautérisation absolue dans les caries des dents vivantes.

Hémostase.

Les moyens de défense contre l'hémophilie, cette affection diathésique, ne sauraient trop attirer l'attention du chirurgien-dentiste. En effet, plusieurs cas d'hémorragies mortelles furent observés à la suite d'extractions dentaires.

Ici encore l'application de l'air chaud nous semble formelle en tant que cautérisation absolue puisqu'il produit l'exérèse des tissus qu'il touche. Sous son action les tuni-

ques des vaisseaux atteints se recroquevillent et leur lumière ainsi obstruée empêche tout écoulement sanguin.

Son emploi ne semble-t-il pas également tout indiqué dans les petites hémorragies consécutives aux extirpations de pulpes dentaires et des filets radiculaires dans les caries du troisième degré !

YPERHÉMIE.

L'hyperhémie est le moyen de défense naturelle de l'organisme ou le passage d'un flot sanguin surabondant dans le réseau vasculaire d'une région.

Toute source de chaleur produit l'hyperhémie et partout où cette dernière existe il y a affluence de phagocytes ; elle aide donc en quelque sorte l'organisme dans son stade de défense, c'est-à-dire à lutter contre l'invasion morbide en augmentant son pouvoir phagocytaire.

Cette propriété d'hypervascularisation que possède par excellence l'air chaud peut rendre un grand service aux chirurgiens-dentistes dans le traitement des abcès radiculaires.

Il est évident que l'élévation de température de la dent produite par ce courant chaud se propage aux tissus environnants et provoque l'hyperhémie, un afflux sanguin avec renfort de phagocytes au niveau de l'apex.

On ne peut bien entendu faire usage du courant d'air chaud qu'après avoir nettoyé rigoureusement au préalable les canaux, et cette douche de chaleur doit être de longue durée (7 à 10 minutes) afin de prolonger le plus possible cette révulsion.

De plus, dans les cas de pyorrhée alvéolaire, de stomatite et pour hâter la cicatrisation des fistules, un jet de 120° et même davantage, pendant plusieurs minutes sur la gencive (application très bien supportée), donne d'excellents résultats.

Le phénomène physique, la chaleur, entre en ligne de compte.

On l'utilise dans les scellements et les descellements à la

gutta-percha, elle favorise le foulage de cette substance employée sous forme de cônes.

Dans les obturations radiculaires des dents de la mâchoire inférieure elle permet l'emploi des médicaments cristallisés (salol, thymol, soufre).

La chaleur volatilise des médicaments antiseptiques que l'on a pu mettre sur le passage du courant d'air et qui sont ainsi portés plus profondément vers les tissus à désinfecter.

Et l'importance mécanique du jet est évidente : on produit ainsi un courant d'air qui balaie énergiquement les canaux. C'est pour cette raison qu'il faut l'employer sous une forte pression.

Appareils.

On peut dire en principe qu'un appareil à air chaud n'est efficace que si le courant d'air qu'il produit est à jet continu ; c'est pour cette raison que nous rejetons absolument l'emploi de la simple poire à air chaud, que nous souhaitons voir disparaître de la tablette du dentiste.

Son courant est intermittent et il y a une chute de la température beaucoup trop brusque. En quelques insufflations l'air sort froid et l'on est obligé de réchauffer plusieurs fois si, comme nous le faisons, on veut faire durer l'insufflation de 5 à 10 minutes dans la racine.

Pour obtenir le jet continu avec un appareil simple lorsque l'on ne possède pas l'air comprimé, nous disposons du système de soufflerie de Richardron à deux poires, à main ou à pied, et, comme source de chaleur, une grosse partie métallique surchauffée ou, ce qui est préférable et plus constant, un appareil électrique réglable.

L'idéal est certainement l'emploi de l'air comprimé avec un appareil électrique : on règle alors la chaleur et la pression à volonté.

Chacun peut avoir l'air sous pression par une canalisation avec une usine d'air comprimé, soit par des bouteilles d'air comprimé, soit par une pompe comme celle de M. Soalhat

si ingénieusement adaptée au tour électrique, etc., etc. Toutefois nous ne voulons pas nous attacher à faire une nomenclature d'appareils, mais seulement préciser un peu les modes d'emploi rationnels du traitement aéro-thermique en tirant ces conclusions.

Conclusions.

L'action thérapeutique de l'air chaud est très considérable.

Nous avons quatre façons de l'employer :

1° A faible température (50°) avec peu de pression pour la dessiccation des dents à pulpe vivante ;

2° A haute température 110° à 120° environ et à forte pression continue et insufflation prolongée de 7 à 10 minutes dans les dents à pulpe morte pour l'antisepsie des tissus de la dent et l'hyperhémie des tissus environnants ;

3° A haute température 120° environ sans forte pression pour créer l'hyperhémie par insufflation sur les gencives dans les cas de pyorrhée, stomatite et de cicatrisation de fistules ;

4° A très haute température pour obtenir une cautérisation dans les hémorragies.

BULLETIN

UNE NOUVELLE ÉCOLE DENTAIRE

« L'École française de stomatologie » ou la fin de la guerre de trente ans.

Nous ne voulons pas laisser passer sans les souligner au moins par quelques commentaires les trois derniers articles parus dans la Revue de stomatologie *sous la signature du Dr L. Cruet.*

Ils sont la caractéristique d'une curieuse évolution d'idées qui s'est faite dans l'esprit des stomatologistes et du principal d'entre eux depuis quelques années.

Après avoir, dans un premier article (n° de décembre 1909) ayant pour titre La situation, *examiné l'état de la profession à notre époque, qu'il divise en trois groupes (syndicalistes, écoles dentaires et stomatologistes) et dont il apprécie respectivement la composition et les programmes, il gémit amèrement, nouveau Jérémie, sur les malheurs de ces derniers et déplore les succès obtenus par les odontologistes. Il en étudie avec mélancolie les causes. Il constate qu'ils sont le nombre et, quoique paraissant fort divisés par des rancunes personnelles assez mesquines et assez fâcheuses du reste, ils n'en font pas moins bloc lorsque des questions importantes de politique professionnelle sont engagées, ce qui est bien naturel.*

Quant aux écoles dentaires, il leur fait vraiment la part belle, — nous ne saurions nous en plaindre. A l'en croire, tous les représentants des pouvoirs publics : députés, sénateurs, ministres, se sont ligués pour assurer aux écoles dentaires libres, dirigées, dit-il, par des gens très habiles, mais sans aucune préoccupation d'idée directrice (?), une situation aussi élevée qu'imméritée, tandis que les pauvres stomatologistes, qui,

eux, sont inspirés par des principes supérieurs et implorent en vain, depuis trente ans, les pouvoirs publics, n'ont obtenu — et avec quelle peine — que d'être recueillis par l'Assistance publique dans des services dont un directeur impitoyable rêverait de les déloger à l'instigation des odontologistes !

Pourtant le maître stomatologue avait été animé à leur égard des meilleures intentions. Ayant constaté qu'ils avaient un passé qui n'avait pas été sans grandeur *(sic), il avait espéré, à l'époque de la grande Commission des réformes médicales, les entraîner à sa suite dans sa marche à l'étoile stomatologique en leur offrant 50 diplômes de docteur à se partager entre 4.000 pour réaliser enfin dans une union féconde et désintéressée l'unité professionnelle sous l'égide de la Faculté de médecine. Mais comme ils n'ont ni compris, ni suivi, resté seul avec son rêve, désabusé, dégoûté, il abandonne la lutte. Nous vous laisserons maintenant tranquilles, dit-il mélancoliquement aux odontologistes ! Bonsoir, Messieurs !*

Ainsi va finir cette nouvelle guerre de trente ans, guerre de parchemins qui n'a de commun que la durée avec celle qui divisa au XVII[e] *siècle les luthériens et les catholiques. Mais à quoi va-t-il maintenant occuper son activité et celle des stomatologistes, que décidément les pouvoirs publics abandonnent ?... eh bien à fonder tout simplement... quoi ...? une école dentaire. C'est ce qu'il nous annonce dans le troisième article que nous signalions au début ; une école qui aura pour titre* l'Ecole française de stomatologie. *Ainsi voilà à quoi aboutissent toute cette longue campagne, tous ces efforts employés à combattre contre les odontologistes au nom de principes supérieurs... tout simplement à leur dérober leurs programmes et leurs procédés d'enseignement technique en les démarquant pourtant comme ils ont déjà démarqué l'odontologie elle-même en la désignant sous un vocable nouveau : la stomatologie.*

Ainsi il y a un peu plus de trente ans (exactement le 31 décembre 1879), nous exposions devant le Cercle des dentistes de Paris un projet de fondation d'une Ecole dentaire dans lequel nous proposions, en présence de l'inaction, de l'ignorance et de la mauvaise volonté des pouvoirs publics en matière d'enseignement dentaire, en présence des progrès réalisés à l'étranger (Etats-Unis, Angleterre, etc.) par l'initiative professionnelle, nous proposions, dis-je, de réformer nous-mêmes notre profession, en créant, grâce à l'initiative privée, *les institutions nécessaires à son relèvement, c'est-à-dire des sociétés, des journaux, des écoles de technique dentaire.*

C'est l'Etat qui doit se charger de l'enseignement et d'après nos programmes, répondirent à l'envi tous nos adversaires, le Dr Andrieu et ses amis, le Dr Magitot et ses élèves. Indifférents à toutes leurs critiques, les odontologistes ont fondé tour à tour écoles, sociétés, journaux, inutile de rappeler avec quel succès.

Aussi quatre ans après la fondation de l'Ecole dentaire de Paris, en 1884, Andrieu, lassé d'attendre en vain l'intervention de l'Etat, nous imitait en procédant à la création par l'initiative privée *de l'Institut odontotechnique qui maintenant, sous la bannière de la Fédération nationale, poursuit à peu près les mêmes revendications que l'Ecole dentaire de Paris et celle de Lyon. Le successeur de Magitot avait continué avec une persévérance digne d'un meilleur sort à appeler à son aide l'Etat providence.*

A son tour aujourd'hui, il reconnaît l'inutilité de ses efforts et de ceux de ses amis; leurs nombreux appels à l'intervention des pouvoirs publics, leurs pétitions, leurs menaces, ont produit — quoi — des rapports et des vœux de commissions, des promesses vaines qui, comme les bulles de savon miroitant au soleil, se résolvent en quelques flocons de vapeurs que le vent emporte au loin.

Ils vont donc fonder à leur tour et par l'initiative

privée *une école dentaire. Nous ne pourrions que leur répéter les critiques que faisait pour le même motif, il y a 25 ans, notre ami le Dr E. Lecaudey au Dr Andrieu, en lui démontrant les inconséquences de son projet et ses inconvénients. Il suffit de renvoyer les fondateurs de la nouvelle école à cette publication.*

On enseignera dans leur école la technique dentaire (dentisterie et prothèse), comme dans les autres écoles un peu mieux ou un peu moins bien, plutôt moins bien, car elles possèdent en ces matières une longue expérience pédagogique, un personnel spécial et des ressources matérielles supérieures. On y délivrera probablement un parchemin, diplôme ou certificat d'études. Elle se différenciera des autres écoles tout naturellement par son titre et aussi, dit-on, par ses élèves, qui ne seront que des docteurs ou des étudiants en médecine.

Etait-il bien nécessaire de faire une école spéciale pour cette catégorie d'étudiants (déjà admis dans les autres écoles)? C'est l'affaire des fondateurs. On a bien créé aux Etats-Unis une école dentaire spéciale pour les nègres, mais ceux-ci y forment une population de plus de dix millions d'habitants. Je prie le lecteur de ne voir dans cette comparaison aucune pensée désobligeante pour les uns ou les autres, car elle n'est pas dans mon esprit. Je crains bien, si j'en crois le professeur Cavalié, qui, dans sa clinique dentaire de la Faculté de Bordeaux, a créé sans succès une section spéciale des étudiants en médecine, que les souscripteurs de l'École de stomatologie n'y trouvent pas leur compte et que l'on ne soit bientôt obligé d'admettre également dans la nouvelle école, afin de pouvoir payer les frais, les simples étudiants chirurgiens-dentistes.

Et alors que restera-t-il du beau programme stomatologique ? Il ne restera, hélas ! avec le souvenir de quelques personnalités qui auront gâché leur réel talent dans une vaine et longue agitation, que le rêve irréa-

lisé d'une unité impossible, parce qu'elle est contraire aux lois de l'évolution moderne qui veulent que, dans une civilisation de jour en jour plus perfectionnée, ce soit par une division de plus en plus grande du travail que se créent et se développent les professions. Les pouvoirs publics et le public lui-même ne peuvent s'intéresser aux réformes qu'autant qu'elles sont conformes à ces lois.

La belle unité professionnelle au début rêvée par quelques universitaires imbus de tradition impériale va à l'encontre de cette loi de l'évolution qui, seule, se plie aux multiples modalités qu'affecte l'activité humaine commandée par l'initiative individuelle et les besoins de la collectivité.

Nous aussi, nous avons rêvé d'une unité de titre par le diplôme des écoles dentaires libres, puis par le diplôme de chirurgien-dentiste des Facultés de médecine, ou simplement par l'unité d'enseignement, de technique, d'école. Force nous est de reconnaître, emportés par une évolution plus forte que nos volontés et qu'il faut savoir suivre, qu'il n'y a qu'une unité de réalisable qui puisse être indiquée comme programme à toutes nos écoles techniques, quel que soit leur titre : c'est l'unité de but, *c'est-à-dire celle qui, par suite d'une émulation constante dans l'effort, pour la perfection de notre science spéciale et de nos méthodes d'enseignement, permet de produire des dentistes capables, par leur savoir technique, de répondre entièrement à tous les besoins de la collectivité, seule justification de leur existence.*

Ch. Godon.

FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNATIONALE
(F. D. I.)
Session de Paris, 25 et 26 mars 1910.

SÉANCE D'OUVERTURE.

DISCOURS DE M. W. B. PATERSON
Président.

Honorés confrères,

C'est avec grand effroi que je me présente devant vous aujourd'hui comme président de la Fédération dentaire internationale. Quand je songe aux hommes éminents qui m'ont précédé dans cette lourde et importante fonction, je suis presque paralysé à la pensée de mon manque de mérite. Je suis obligé de faire tout mon possible pour suivre leurs traces afin de répondre à la confiance que vous avez placée en moi. Ce n'est pas à moi, enfant de cette Fédération, à présumer que je pourrai jamais égaler, quoique je puisse humblement tâcher de rivaliser avec elle, l'activité de notre vénéré président d'honneur et premier président de la Fédération, le Dr Godon, que nous regardons comme le père et le fondateur de la F. D. I. Je tourne mes regards vers lui pour qu'il m'aide et me guide au milieu des difficultés de ma tâche à mesure qu'elles se produisent.

Je ne puis non plus manquer d'exprimer mes sentiments à l'égard de son successeur au fauteuil présidentiel, homme à l'intelligence vive et puissante, homme qui se consacra à acquérir le savoir sous ses diverses formes avec un goût et une ardeur dépassant de beaucoup les limites ordinaires de l'humanité, homme dont l'œuvre et les connaissances dans les sphères scientifiques, politiques, générales, sociales, étaient également grandes. Hélas ! ses trois courtes années de travail dans l'intérêt de la F. D. I. ont été beaucoup trop brèves pour nous tous. Si Miller n'est plus parmi nous, le souvenir de son œuvre et du noble idéal qu'il s'efforça de réaliser demeure parmi nous, comme un héritage précieux et un exemple toujours puissant pour faire naître nos plus grands et nos meilleurs efforts.

Quant au Dr Sauvez, notre président depuis la mort du professeur Miller, je suis sûr de traduire votre opinion unanime en disant que nous avons admiré les discours brillants et éloquents qu'il nous a adressés pendant cette période. Et par-dessus tout nous avons apprécié son tact à modérer notre exubérance de caractère et de paroles parfois sentant trop notre nationalité. Je me considère comme un privilégié, en tant que l'ami et le confrère du Dr Sauvez, de pouvoir

compter sur sa bonté et sur sa connaissance des hommes et des choses et je le regarderai toujours comme le grand internationaliste qu'il est ; il a un défaut, s'il veut bien me permettre de le lui dire, il est trop modeste.

Il me reste à vous exprimer à vous tous, mes confrères, combien je suis sensible à l'honneur que vous m'avez fait en me nommant votre président et à vous adresser mes remercîments les plus sincères et les plus cordiaux. En venant à Paris pour une réunion de la F. D. I. il me semble que je viens chez moi, car je me rappelle que c'est ici, et je crois même que ce n'est pas loin d'ici, que la F. D. I. fut créée en août 1900 pour être le Bureau permanent et le Comité consultatif des Congrès dentaires internationaux.

Nous devons beaucoup à nos confrères français pour les soins maternels qu'ils ont prodigués à notre Fédération pendant son enfance. Sans la sage diplomatie dont ils ont fait preuve à ses débuts, dans les relations internationales, nos espérances et notre idéal auraient pu facilement être détruits et les fondations internationalistes sur des bases larges et universellement acceptables, qui existent maintenant dans la profession dentaire, auraient pu être ajournées pendant longtemps. Je me souviens aussi que c'est à Paris que j'appris d'abord la signification et le but de la F. D. I. à une époque où il existait des idées fausses à son égard. Ce serait une vieille histoire sans intérêt que de raconter le passé à cette assemblée, mais il n'est pas hors de propos que votre président vous retrace très brièvement les règles d'après lesquelles la Fédération s'est conduite et espère continuer à agir. Ce serait en tout cas une preuve de ma fidélité à l'égard des principes posés par mes prédécesseurs à ce fauteuil et justifiés par le temps et l'expérience.

La Fédération dentaire internationale est le résultat d'un mouvement qui a pris naissance pendant le Congrès dentaire international de Paris en 1900 dans le but de créer un organisme susceptible d'entretenir la continuité de pensée et d'action dans les intervalles entre les Congrès et de fournir une prompte assistance dans l'établissement et l'organisation de ces Congrès. Il est de toute évidence que cet organisme a été utile à cet égard, puisque les deux Congrès internationaux de Saint-Louis et de Berlin ont continué de le maintenir. Si l'on avait besoin d'une autre preuve de l'utilité de la F.D.I., on la trouverait dans les comptes rendus de ses réunions publiés dans les principaux journaux dentaires de tous pays. Le Dr Sauvez, dans ses excellents discours de Bruxelles et de Berlin, a donné un résumé sommaire des travaux de la F. D. I., de son importance et de son utilité internationales, par exemple les rapports et discussions sur le perfectionnement de l'enseignement dentaire, de l'hygiène dentaire publique, et sur le grand rôle joué par la F. D. I. dans l'organisation

des fédérations nationales et l'établissement de sentiments confraternels entre les membres de la profession dentaire du monde entier.

La F. D I. n'est pas seulement un corps organisateur ; c'est un Comité international consultatif et, comme assemblée de représentants de sociétés et d'écoles dentaires de beaucoup de pays, elle a un droit incontestable à ce titre. Ses avis ne dérivent pas de la force ou de la puissance d'un esprit d'autocratie. Leur valeur provient de la base de raison et de l'indépendance de jugement dont la Fédération a toujours été fière et sur laquelle elle a toujours tenu à asseoir ses décisions.

L'immense succès du récent Congrès dentaire international de Berlin doit avoir fait disparaître toutes les idées fausses et les hésitations à l'égard de la F. D. I. et de son œuvre qui peuvent avoir existé dans l'esprit de ceux qui ont assisté à cette grande réunion de dentistes du monde dans le magnifique palais du Reichstag. Ils doivent avoir emporté chez eux la conviction qui s'impose de plus en plus que ces réunions ne tendent pas seulement à élever la valeur et l'importance de la dentisterie dans l'estime publique, en tant que science et art, mais encore contribuent à former des liens d'amitié personnelle et internationale.

Comme résultat du Congrès de Berlin nous nous réunissons aujourd'hui en tant que Fédération reconstituée et nous entrons dans la troisième période de son existence. J'ai le profond espoir, et je suis sûr que vous le partagez, que ce sera une période aussi heureuse, aussi prospère et aussi fructueuse que les précédentes.

Vous aurez remarqué dans l'ordre du jour la question de la constitution des Commissions et de leur plan de travail. Il va presque sans dire que les Commissions sont nécessaires à notre existence comme Fédération. Nous avons tellement vécu de leurs travaux dans le passé que nous devons naturellement désirer les voir reconstituer.

Notre plus ancienne Commission, la première nommée par la Fédération, est celle de l'enseignement. Son premier et son seul président a été le Dr Brophy, et il n'y a personne dans la Fédération qui possède une plus grande connaissance de la tâche de cette Commission et qui ait plus travaillé pour elle. Depuis la réunion mémorable de cette Commission dans le hall de Trinity Collège, à l'Université de Cambridge, en 1901, présidée, en l'absence du vice-chancelier, par Sir Michael Foster, le Dr Brophy a été à la barre et nous a pilotés habilement au milieu de maints bas fonds rocheux et dangereux. Par sa connaissance approfondie des questions d'enseignement, sa puissante personnalité et son zèle, il a mérité notre profonde gratitude. Le seul moyen que je trouve de lui donner une preuve tangible que nous apprécions ses services est de lui demander une fois de plus de présider la Commission qu'il a si bien dirigée. Dans le premier des discours élégants et si appréciés que le Dr Brophy a

prononcés dans cette Commission, il a tracé certaines lignes de conduite. La Commission a déjà travaillé avec succès en en suivant quelques-unes et, comme preuve de leur valeur, divers pays ont trouvé des principes directeurs qui les ont aidés à élaborer le programme d'études dans leurs écoles dentaires. La Commission n'a pas encore abordé certaine question (je cite le Dr Brophy lui-même), savoir « les méthodes d'enseignement et leurs perfectionnements ». Un pareil sujet — l'examen et la comparaison des méthodes pédagogiques dentaires — me semble mériter notre attention ; en tout cas il offre un intérêt international.

La seconde Commission nommée par la F. D. I. est celle de l'hygiène dentaire, à laquelle furent ajoutés par la suite les Services dentaires publics. Elle date de notre réunion à Stockholm en 1902 ; le Dr N. S. Jenkins fut son premier président et il montra beaucoup d'activité et d'énergie pour assimiler ses travaux aux efforts des pionniers en hygiène dentaire alors en renom dans son pays d'origine. Le Dr Jenkins eut pour successeur feu le Prof. Miller ; il fut remplacé par le Dr Lyman C. Bryan, qui resta en fonctions jusqu'à ce qu'il cessa d'exercer l'art dentaire.

J'ai déjà indiqué dans ma circulaire, et vous l'apprendrez sans doute par le Dr Jessen, que la Suède tient encore la tête en hygiène dentaire ; cela est encore prouvé par le gracieux patronage accordé à notre Commission d'hygiène permanente par S. M. le roi Gustave.

Je répète le mot *Commission permanente d'hygiène*, parce que, comme le savent ceux qui ont assisté au Congrès de Berlin, c'est sur les instances répétées de la section d'hygiène que le Congrès décida de rendre cette Commission permanente et lui donna le pouvoir de s'adjoindre comme membres toutes les personnes — même en dehors de la profession — qu'intéresse l'hygiène dentaire, faculté inusitée qui n'a pas été jusqu'ici conférée aux commissions de la F. D. I. La F. D. I. n'étant pas dans la nécessité de reconstituer cette Commission — son bureau et ses membres professionnels ayant déjà été nommés par le Congrès, avec le Prof. Jessen comme président — est tenue de lui donner toute l'assistance possible dans sa tâche. La dentisterie dans ses rapports avec la santé publique a une mission d'importance pressante maintenant, qui grandira encore dans un avenir rapproché. En présence du fort pourcentage d'affections dentaires existant déjà chez les adultes des pays civilisés, pourcentage encore plus élevé chez les enfants, la question de prévention et de soins prend de vastes proportions et doit exiger à un moment donné une attention plus grande de la part des Gouvernements quant aux besoins des classes pauvres. Les Gouvernements prendront conseil des dentistes éclairés, et, si ces conseils doivent avoir une utilité pratique pour l'Etat, ils ne doivent pas se limiter à l'examen du côté médical et

dentaire de la question, ils doivent comprendre une connaissance complète de son point de vue économique. Où pouvons-nous mieux étudier l'économie dentaire pratique si ce n'est à la Commission d'hygiène ? C'est là que nous trouvons des efforts et des résultats internationaux dus à des hommes qui font œuvre de pionniers en matière d'hygiène scolaire, hospitalière et d'institutions de prévoyance dans bien des pays.

Indépendamment du côté économique de la question qui s'agite dans beaucoup d'esprits de diverses nations, c'est-à-dire de la meilleure manière d'empêcher la grande destruction des dents des enfants des classes pauvres, il y a d'autres questions, tels que les soins dentaires de prévoyance et l'application de la dentisterie aux services publics de l'Armée et de la Marine, toutes matières qui méritent un examen plus complet et une étude au point de vue international, et nous avons beaucoup à apprendre l'un de l'autre à cet égard.

Je ne me propose pas d'indiquer autrement que brièvement le travail qui peut être convenablement réparti entre les Commissions. J'ai fait allusion aux questions concernant nos deux plus anciennes Commissions, parce que je crois qu'elles ont une importance plus immédiate dans l'avenir. Je n'ai pas non plus l'intention d'énumérer la longue liste de leurs travaux passés, car le D[r] Sauvez, dans ses discours d'Amsterdam et de Bruxelles, a déjà traité ce sujet si complètement qu'il ne m'a rien laissé à dire.

Cependant, avant de terminer mes remarques sur les Commissions, je voudrais vous rappeler que les travaux de la Commission de terminologie dentaire sont inachevés. Son président, le D[r] Grevers, nous a présenté quelques courts rapports par intérim, mais le rapport final est encore à faire. La tâche est ardue et nécessairement lente, mais elle doit réclamer nos efforts comme ayant un caractère essentiellement international. Les difficultés particulières qu'elle présente m'amènent à vous proposer d'emprunter l'idée de notre Commission permanente d'hygiène dentaire et de nous efforcer d'accepter ou de solliciter les services des savants en dehors de notre profession. Un petit incident, qui montre l'importance de la question, s'est produit à ce sujet l'autre jour dans mon pays. Un helléniste distingué de l'Université d'Oxford était consulté touchant l'exactitude de l'étymologie du mot *orthodontie*, si communément employé et compris par les dentistes qu'il a été relégué à l'état d'inexactitude terminologique. Une autre tâche que nous pourrions renvoyer à une semblable Commission de savants, ce serait celle de réviser et d'harmoniser dans les langues officielles de la Fédération la rédaction de nos résolutions importantes. Même notre règlement actuel, qui dans le passé a été l'objet d'une réflexion approfondie, n'est nullement exempt d'expressions défectueuses et d'obscurités graves, faute d'une révision par une Commission comme celle que j'ai indiquée.

Quant à la question irritante de l'admission des dentistes dans les Congrès médicaux internationaux ou de leur exclusion, qui date de la mesure fâcheuse du Comité d'organisation du Congrès de médecine de Lisbonne, la F. D. I. a adopté dans sa dernière session, à Berlin, un rapport qu'elle a décidé d'adresser au secrétaire général du Congrès international de médecine de Budapest, avec prière de le présenter au Bureau permanent de ce Congrès. Cela a été fait et je suis en mesure de dire, sur l'autorité d'un des secrétaires anglais de ce Congrès, en fonctions dans ce Bureau, qu'il est examiné en ce moment dans la session de Pâques de ce Bureau à La Haye. En attendant la décision du Bureau et soit dit en passant, je remarque avec intérêt la création par le Congrès médical d'un Bureau sur des bases tout à fait semblables à celles de notre Fédération et pour des buts presque identiques.

Un devoir spécial incombe au Conseil exécutif de la F. D. I. dans cette session : il a à décerner le prix international Miller sur les titres des personnes « qui ont rendu les services les plus éminents à la dentisterie ». Je n'ai pas besoin de rappeler les détails du Règlement de ce prix ; ils sont donnés à l'article 2, parag. *e* du Règlement de la F. D. I., dont je vous ai adressé des exemplaires et dont vous trouverez d'autres exemplaires sur cette table. Je désire seulement faire remarquer que les termes de la clause 3 du Règlement sont très larges. Il n'est pas spécifié d'époque ni de services. Comme je l'ai dit dans ma lettre-circulaire et comme je le répète, j'ai confiance que les membres du Conseil rempliront cette mission avec la pleine conscience de sa haute signification et de sa grande importance. Un premier choix bien fait rehaussera la valeur du prix aux yeux du monde dentaire et il faut espérer que l'unanimité pourra couronner nos efforts dans cette désignation.

Une autre tâche qui incombe à la Fédération, c'est de s'occuper de l'organisation du Congrès dentaire international de 1914. Nous devrons prendre des mesures pour commencer le travail de préparation de ce Congrès. Parlant au nom de mon pays je dois vous annoncer que l'Association dentaire britannique a mis ses bureaux à la disposition du Comité d'organisation. La nomination de ce Comité n'a pas encore été faite en ce qui concerne la Grande Bretagne, mais je sais qu'elle le sera bientôt. Tant qu'il n'aura pas été pris de décision touchant l'effectif du Comité d'organisation à nommer par le pays qui invite et par la Fédération, il ne nous sera pas possible de nommer notre tiers du nombre prévu par l'article 16 du Règlement de la F. D. I. Cela ne saurait nous empêcher de nous livrer à un examen préliminaire de certaines questions touchant le Congrès, par exemple, pour n'en citer qu'une, l'admission des communications, la procédure à l'égard des communications dans les diverses sections, les restric-

tions à imposer à leur nombre, leur valeur relative au point de vue des discussions sur des sujets choisis qui ont été préparées auparavant ; ou bien nous pourrions examiner la grande difficulté des langues, qui se présente dans tous les Congrès internationaux, dans l'intention d'améliorer notre manière de procéder en ce qui concerne notre spécialité.

Enfin je vous recommanderai la question des ressources, qui se rattache si intimement au rôle de notre trésorier, ainsi qu'à la prospérité intérieure et au progrès de notre Fédération, mais je ne dois pas empiéter sur le domaine de M. Rosenthal à l'égard de nos sources de revenu. J'ai dans l'esprit l'idée de rendre la F. D. I. aisément accessible aux membres des F. D. N. et aux *hommes jouissant d'une bonne réputation dans leur pays*. Le Conseil exécutif est plus ou moins un corps limité touchant sa constitution et le nombre de ses membres; mais les Commissions, et celles-ci sont après tout la partie la plus attrayante de notre Fédération, sont susceptibles d'une grande extension, aussi bien quant à leur utilité qu'au nombre de leurs membres. Les règles relatives aux cotisations des membres de la F. D. I. et au Conseil exécutif, tout en restant les mêmes que quand elles furent établies, ne doivent nécessairement pas être regardées comme immuables, si, à notre avis, la F. D I. devait gagner à leur changement.

Pour terminer, un mot d'explication et d'excuse au nom du Conseil exécutif pour avoir tardé à lancer la lettre-circulaire convoquant la réunion. Un délai d'un mois est, je reconnais, trop court dans tous les cas ; mais pour les membres du Conseil exécutif habitant des parties du monde éloignées comme l'Australie, l'Amérique, le Japon, il est tout à fait insuffisant. Dans une certaine mesure nous comptions qu'avis serait donné à la session de la F. D. I. à Berlin, en août dernier, que la prochaine réunion aurait lieu à Paris à Pâques 1910. Nous espérions du moins que l'information permettrait aux membres de prendre leurs dispositions à l'avance. Les difficultés initiales que rencontre un nouveau Conseil exécutif, quand les membres de son Bureau demeurent à de grandes distances l'un de l'autre, un lieu de réunion à Paris et une époque où les conséquences désastreuses d'une inondation qui a pris les proportions les plus grandes, menaçaient de faire échouer tout projet de réunion, tout s'unissait pour nous créer des difficultés et nous causer du retard. Néanmoins nous vous présentons nos plus humbles excuses et nous en devons en particulier à nos collègues qui habitent loin. Je vous les fais en toute sincérité et j'espère que vous jugerez à propos, pour les raisons que je vous ai données, de les accepter dans l'esprit où elles vous sont faites.

FÉDÉRATION DENTAIRE NATIONALE (F. D. N.)

(ASSOCIATION FRANÇAISE DE SOCIÉTÉS DENTAIRES.)

La F. D. N. s'est réunie le 10 mars au siège social, 28, rue Serpente (hôtel des Sociétés savantes), sous la présidence de M. Francis Jean, président.

Après approbation du procès-verbal du 19 février et lecture de la correspondance, comprenant une lettre du Comité du Congrès d'hygiène scolaire faisant connaître qu'il ne peut rien être changé à l'organisation actuelle, une nouvelle société dentaire a été admise dans la Fédération : le Syndicat des dentistes du département de l'Aisne.

L'assemblée a nommé une Commission chargée de demander pour la sous-section dentaire au 3e Congrès international d'hygiène scolaire, qui se tiendra en août prochain à Paris, un deuxième vice-président dentiste, un deuxième secrétaire et un rapporteur dentiste de cette sous-section, afin d'établir la proportionnalité entre les dentistes et stomatologistes.

Elle a nommé une Commission chargée de préparer la réception de la F. D. I. lors de sa réunion à Paris les 25 et 26 mars.

Elle a nommé deux délégués suppléants au Conseil exécutif de la F. D. I., MM. Siffre et G. Villain ; des délégués aux Commissions de la F. D. I. : MM. Eudlitz, Pailliottin, Siffre et Frison.

Elle a examiné un plan de rapport sur la question des services dentaires dans l'armée et nommé M. Grimaud comme rapporteur.

La F. D. N. a tenu une deuxième séance le jeudi soir 17 mars.

Après approbation du procès-verbal, *M. Godon* a exposé l'historique des pourparlers engagés avec le 3e Congrès d'hygiène scolaire pour l'organisation de la sous-section dentaire.

Le président annonce que le Prof. Dastre présidera la séance d'ouverture de la F. D. I. ; il fait entrevoir la présidence d'honneur du Ministre de l'Instruction publique et une réception à l'Hôtel de Ville.

Des félicitations sont adressées au président pour le succès de ses démarches.

Les membres de la Commission de réception exposent le programme qu'ils ont élaboré.

L'assemblée examine les listes de candidats au prix Miller envoyées par diverses sociétés et dresse une liste unique comprenant en première ligne : M. Godon, en deuxième ligne : MM. Arkövy, Black, Brophy, Choquet, Delair, Galippe, Jessen, Claude Martin, Mummery, Roy, Siffre, Taggart, Walkhoff.

Le Bureau est chargé de faire le nécessaire pour la réunion de la F. D. I.

L'assemblée fixe l'ordre des discours à la séance d'ouverture de la F. D. I. et se sépare à 11 h. 1/4.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

N° 3140

CHAMBRE DES DÉPUTÉS

NEUVIÈME LÉGISLATURE

Session de 1910

Annexe au procès-verbal de la 2e séance du 25 février 1910.

PROPOSITION DE LOI ADOPTÉE PAR LE SÉNAT

Ayant pour but de modifier le paragraphe 1er de l'article 9 de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine.

Renvoyée à la Commission de l'hygiène publique,

Transmise à la Chambre des députés par M. le Président du Conseil au nom du Sénat.

Paris, le 25 février 1910.

A Monsieur le Président de la Chambre des députés.

Monsieur le Président,

Dans sa séance du 22 février 1910, le Sénat a adopté une proposition de loi ayant pour but de modifier le paragraphe 1er de l'article 9 de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine.

Le vote a eu lieu après déclaration de l'urgence.

Conformément aux dispositions de l'article 126 du règlement du Sénat, j'ai l'honneur de vous adresser une expédition authentique de cette proposition, dont je vous prie de vouloir bien saisir la Chambre des députés.

Je vous serai obligé de m'accuser réception de cet envoi.

Agréez, monsieur le Président, l'assurance de ma haute considération.

Le président du Sénat,
Signé : ANTONIN DUBOST.

PROPOSITION DE LOI

ayant pour but de modifier le paragraphe 1er *de l'article* 9 *de la loi du* 30 *novembre* 1892 *sur l'exercice de la médecine.*

Le Sénat a adopté la proposition de loi dont la teneur suit :

ARTICLE UNIQUE.

Le paragraphe 1er de l'article 9 de la loi du 30 novembre 1892 est ainsi modifié :

« Les docteurs en médecine, les chirurgiens-dentistes, les accou-

cheuses, sages-femmes sont tenus, dès leur établissement et avant d'accomplir aucun acte de leur profession, de faire enregistrer, sans frais, leur titre, à la préfecture ou sous-préfecture, au greffe du Tribunal civil de leur arrondissement et de le faire viser à la mairie du lieu où ils ont leur domicile. Et, s'il s'agit de débutants n'étant pas encore en possession de leur titre ou diplôme, ils devront faire enregistrer et viser, comme il est dit ci-dessus, le certificat provisoire qui leur a été délivré par la Faculté ou par l'Ecole professionnelle dûment autorisée. »

Délibéré en séance publique, à Paris, le 22 février 1910.

Les secrétaires,
Signé : CH. COUYBA.
FAGOT.

Le président,
Signé : ANTONIN DUBOST.

NÉCROLOGIE

Eugène Bonnaric.

Nous avons le regret d'apprendre la mort de notre confrère M. Eugène Bonnaric, de Lyon, membre depuis de longues années de l'A. G. S. D. F., professeur à l'Ecole dentaire de Lyon. Ses obsèques ont eu lieu le 4 mars ; un grand nombre de dentistes lyonnais et d'élèves de l'Ecole y assistaient. Au cimetière, le Dr Pont a adressé des paroles d'adieu à son collaborateur.

Nous exprimons à M. Jules Bonnaric, son frère, et à toute sa famille nos bien sincères condoléances.

* * *

Notre confrère M. Frélézeau, de Dijon, membre de l'A. G. S. D. F., vient de perdre son beau-père, M. Bacon, à l'âge de 65 ans.

Nous adressons nos condoléances à M. Frélézeau.

NOUVELLES

Distinctions honorifiques.

Nous relevons dans le *Journal officiel* les distinctions honorifiques suivantes conférées par le Ministre de l'Instruction publique :

1° Ecole dentaire de Paris.

Officier de l'Instruction publique.

M. Touvet-Fanton, professeur à l'École dentaire de Paris.

Officiers d'Académie.

M. Georges Lemerle, professeur suppléant à l'Ecole dentaire de Paris.

M. Dupontreué, démonstrateur à l'Ecole dentaire de Paris.
M. Houdoux, — — —

2° Association générale syndicale des Dentistes de France.

Officier de l'Instruction publique.

M. Bouvier (Paris).

Officiers d'Académie.

MM. Lepelletier (Paris).
Vanel (Paris).
M. Izambard (Joigny).

3° Membres de la profession.

Officiers de l'Instruction publique.

MM. Courtaix (Paris).
Ducos (Paris).

MM. Duvivier (Clamecy).
Lions (Nice).

Officiers d'Académie.

MM. Galtier (Vincennes).
Landelle (Auch).
Lempert (Dr) (St-Mandé).

MM. Tordo (Paris).
Zacharie (Paris).

Nous adressons nos vives félicitations à tous ces confrères.

Conseil du corps enseignant.

Le Conseil du corps enseignant de l'Ecole dentaire de Paris s'est réuni le 8 mars à l'Ecole. Il a examiné et approuvé avec de légères modifications le programme du stage et de la scolarité d'après le régime établi par le décret du 11 janvier 1909.

Il a constitué son bureau et sa Commission permanente ainsi :

Président : M. Godon.

Vice-présidents : MM. Desgrez, Francis Jean.

Secrétaire général : M. Blatter.

Commission permanente : MM. Camus, Serres, J. d'Argent, L. Lemerle.

Les Corporatives d'étudiants.

M. Dujardin-Baumetz, sous-secrétaire d'Etat aux Beaux-Arts, a présidé l'inauguration du nouveau local de la Corporative de chirurgie dentaire, 40, rue des Ecoles, créée par l'Union corporative des anciens étudiants en chirurgie dentaire. Les corporatives d'étudiants, « sciences, pharmacie, medecine, droit, etc. », y étaient représentées.

MM. Doucedame et Issalis, président et vice-président de l'Union, firent visiter au sous-secrétaire d'Etat les salles de l'Union corporative et plusieurs discours furent prononcés. M. Doucedame a rappelé que les associations corporatives autonomes répondent à un besoin qui, successivement, s'est manifesté chez les étudiants en sciences, médecine, pharmacie, chirurgie dentaire, chimie appliquée et droit.

M. Dujardin-Beaumetz répondit en disant combien les associations d'étudiants créées dans un esprit de travail et de solidarité sont sympathiques aux pouvoirs publics.

MM. Godon et Blatter représentaient l'Ecole dentaire de Paris et M. Francis Jean l'A. G. S. D. F. à cette cérémonie.

Congrès dentaire colombien.

Le premier Congrès dentaire colombien aura lieu à Bogota (Colombie), le 20 juillet 1910, jour anniversaire de la proclamation de l'indépendance.

La maison des dentistes.

Un Comité s'est constitué à Berlin pour rassembler les fonds nécessaires à la construction de la maison des chirurgiens-dentistes allemands. Un autre Comité étendant son action sur toute l'Allemagne y a été annexé.

Cette maison doit être le centre de la science dentaire et de la représentation professionnelle, centre analogue à celui des médecins, des pharmaciens, des chimistes, des ingénieurs, des officiers.

Les fonds seront constitués au moyen du reliquat de 25.000 fr. qui est entre les mains du Comité local berlinois du Congrès et de souscriptions individuelles.

La maison contiendra deux salles, l'une avec 300 places, l'autre avec 200 places, plus une galerie pour 100 à 150 personnes. A l'étage supérieur seront des salles pour des cours permanents de perfectionnement, des bureaux, un musée, une bibliothèque, une clinique.

L'ensemble doit coûter 700.000 marks.

Dernière heure.

La F. D. I. vient de tenir sa séance d'ouverture sous la présidence de M. le professeur Dastre, professeur à la Faculté des sciences, membre de l'Institut, représentant le Ministre de l'Instruction publique. Cette séance, dout nous rendrons compte dans notre prochain numéro, a eu lieu à la Sorbonne avec le plus grand éclat.

Après un discours de M. Francis Jean, président de la F. D. N. française, M. Paterson, président de la F. D. I., a prononcé le discours que nous reproduisons d'autre part, puis les délégués étrangers ont successivement pris la parole ; enfin, M. le professeur Dastre, dans une allocution des plus chaleureuses, a félicité la F. D. I. de ses travaux et s'est estimé heureux de venir lui, professeur de physiologie, après d'autres physiologistes éminents, comme Paul Bert et Michaël Foster, constater l'œuvre considérable accomplie par l'initiative privée des dentistes et de leurs écoles.

L'après-midi le Conseil exécutif a tenu une séance dans laquelle, entre autres décisions, il a attribué pour la première fois le prix Miller à notre éminent confrère M. Black, de Chicago, dont les travaux remarquables sont connus de tous.



FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNATIONALE

Photographie prise dans la cour de la Sorbonne après la séance d'ouverture.

25 mars 1910.

30e ANNÉE. N° 7 15 AVRIL 1910 Vol. XLIII

L'ODONTOLOGIE

L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNATIONALE



Pour la dixième fois, la Fédération dentaire internationale *vient de tenir ses assises ; cette session était la première de sa troisième période d'existence, puisque ses pouvoirs sont renouvelés à chaque Congrès international. Acceptant l'invitation de la Fédération dentaire nationale française, la F. D. I. a tenu sa réunion à Paris, où, il y a dix ans, elle avait pris naissance à l'issue de l'inoubliable Congrès de 1900.*

Comme chaque année, nous avons eu le plaisir de voir se grouper dans cette grande Fédération les représentants les plus autorisés de l'art dentaire des différents pays, et nous avons été heureux de fêter ces confrères désintéressés qui venaient des contrées les

plus éloignées pour travailler aux interêts généraux de notre profession.

Grâce à la F. D. N., grâce à l'activité et au dévouement de son président, notre excellent confrère M. Francis Jean, on peut dire que la réunion de Paris ne l'a cédé en rien aux réunions tenues par la F. D. I. dans les différents pays. Nous avons eu le plaisir de voir, le Ministre de l'Instruction publique, le recteur de l'Université de Paris, le savant physiologiste qu'est M. le professeur Dastre donner à notre chère Fédération l'appui de leur haut patronage.

C'est à la Sorbonne que s'est tenue la séance d'ouverture, dans l'amphithéâtre Richelieu, qui avait été mis gracieusement à notre disposition par le recteur. C'est dans cette Sorbonne, où l'enseignement odontologique viendra un jour occuper officiellement sa place autonome, que M. le Prof. Dastre nous a apporté le témoignage précieux de sa parole autorisée dans la remarquable allocution qu'on lira plus loin, où il a montré, lui aussi, les nécessités techniques et pratiques de notre art et les inconvénients de son absorption par les sciences accessoires.

La F. D. I. a été reçue à l'Hôtel de ville par le Conseil municipal de Paris, qui, par l'organe de son vice-président M. Miniot, l'a félicitée du travail qu'elle a accompli et du but qu'elle poursuit.

Enfin, la F. D. I. a clôturé ses travaux en prenant part à la glorification publique de l'un de nos plus illustres confrères, Horace Wells, le novateur de l'anesthésie chirurgicale, auquel les dentistes viennent d'élever un monument sur une place de Paris.

Tels sont les points culminants de ces trop courtes journées durant lesquelles la F. D. I. a poursuivi ses travaux.

Un événement extrêmement important a marqué ceux-ci : l'attribution, pour la première fois, du Prix international Miller. *On se rappelle qu'en 1907,*

au moment de la mort du regretté Miller, la F. D. I. avait décidé d'ouvrir une souscription pour commémorer la mémoire de ce grand savant par la création d'un prix biennal à celui qui aurait le plus fait pour notre profession.

Le Conseil exécutif de la F. D. I., qui forme le jury chargé de décerner ce prix, l'a accordé à notre illustre confrère Black, de Chicago ; c'est là un choix qui sera universellement ratifié, car il récompense un homme dont toute la vie fut consacrée à la science dentaire, au progrès de laquelle il a contribué puissamment par son labeur considérable.

On lira plus loin le compte rendu complet de cette session, dont nous venons d'indiquer rapidement quelques points intéressants et qui marquera une époque dans l'histoire de la F. D. I. Sous la sage et énergique direction de son nouveau président, M. Paterson, de Londres, la Fédération a réglé ses affaires courantes, réorganisé ses Commissions et préparé leur plan de travail pour l'année prochaine, où elle tiendra une session plénière à Londres au mois d'août 1911.

*Concurremment avec la F. D. I., se réunissait à Paris l'*American Dental Society of Europe, *reçue par l'*American Dental Club of Paris, *(on lira plus loin le compte rendu de cette réunion) et nous avons été heureux de voir ce groupement, un des plus anciens, sinon le plus ancien groupement international de notre profession, venir apporter, par des délégués officiels, dans nos diverses séances, le témoignage de sa sympathie à notre grande Fédération.*

La Fédération dentaire internationale, véritable organe de fraternité professionnelle, commence sous les plus heureux auspices sa onzième année d'existence et nous sommes heureux de constater le succès de cette belle réunion, d'où la F. D. I. sort toujours plus grande et plus prospère, pour le plus grand bien et l'avenir de notre profession.

MAURICE ROY.

DISCOURS DE M. LE PROFESSEUR DASTRE

A la séance d'ouverture de la Fédération dentaire internationale.

Une lettre de service du Ministre de l'Instruction publique, en date du 15 mars courant, m'a confié le mandat de le représenter officiellement à cette cérémonie « en témoi- » gnage de l'intérêt qu'inspirent vos travaux. » — Je suis infiniment honoré de cette désignation, et pour deux raisons : d'abord parce qu'elle me met en présence des membres les plus qualifiés des Fédérations dentaires étrangères et me fournit l'avantage de les saluer avec la grande considération qui leur est due ; ensuite parce qu'elle me met en rapports avec le Comité français et avec la corporation nationale, qui ne méritent pas moins d'égards.

Messieurs, cette délégation ministérielle, cette première réunion, dans cet amphithéâtre Richelieu de cette Sorbonne qui depuis Richelieu a été entièrement rajeunie et rebâtie, tout cela n'est pas sans avoir une signification importante. C'est un témoignage de votre action grandissante. Vous êtes entrés dans la place, vous voilà aujourd'hui, ici, dans le giron de l'*Alma mater,* la nourrice des professions libérales, qui, jadis, vous ignorait ; vous avez triomphé de préjugés et de l'inertie de notre vieille Université. Vous allez discuter et résoudre, en ce qui vous concerne, le problème qui la préoccupe tant, qui s'impose à elle de tous côtés : la préparation de la jeunesse aux professions sociales. La grande difficulté de cette œuvre de préparation, c'est d'y faire la part, la juste part à ces deux éléments : l'*éducation générale*, qui sert de base ; l'*apprentissage technique*, qui fait la valeur professionnelle. C'est ce que vous avez heureusement réussi à faire dans l'organisation de vos écoles. Et, c'est pourquoi vous vous imposez à la sollicitude du Ministère de l'Instruction publique, c'est-à-dire de l'Etat.

La solution qui a prévalu en France, en ce qui concerne l'exercice de l'art dentaire, n'est pourtant pas entièrement achevée, complète, définitive. Des écoles excellentes donnent l'enseignement. L'Etat contrôle une partie seulement de cet enseignement, celle qui se rapporte à l'instruction générale. Il a institué des examens pour s'assurer des connaissances anatomiques et médicales jugées indispensables. Mais il n'exige rien du côté technique et professionnel. Il en laisse le soin aux écoles dentaires, et celles-ci décernent des diplômes sans sanction. L'Etat exerce donc un demi-contrôle tout au plus. Et ce n'est vraiment pas assez de veiller à l'instruction générale, car il s'agit ici d'une profession qui doit être à la fois savante et artiste : nulle part ailleurs, en effet, la dextérité, l'habileté manuelle allant jusqu'à la virtuosité, les prédispositions mécaniques ne doivent être poussées aussi loin.

Cette situation doit-elle être modifiée ? Cette indifférence de l'Etat, est-elle un bien ? Est-elle un mal ? Dans quelle mesure devra-t-on assimiler l'enseignement technique de vos écoles ouvertes au stage d'apprentissage dans les cabinets fermés des maîtres ? — Ce sont là autant de questions qui vous divisent encore — et que les uns résolvent dans le sens de la réglementation et les autres dans le sens de la liberté. Vos confrères étrangers, en vous faisant connaître les opinions et les solutions adoptées chez eux, vous aideront à fixer votre jugement.

Votre Commission permanente internationale a bien d'autres soucis encore : rien de ce qui intéresse la science odontologique, l'enseignement, l'hygiène publique, la déontologie, n'échappe à son examen. Et, c'est pourquoi la réunion annuelle de ce Comité que vous appelez « la Fédération dentaire internationale » est un événement marquant dans la vie intérieure de votre honorable et utile corporation. — Mais, c'est aussi un événement dont l'intérêt ne se limite pas à votre profession, et cette cérémonie même en est la preuve. Votre œuvre qui, par certains côtés, préoccupe les pouvoirs publics, intéresse, par d'autres, les nombreuses

professions qui touchent à la vôtre : la médecine et les médecins, avec qui vous avez beaucoup de *points de contact* (et quelques *surfaces de friction*) ; elle intéresse les chirurgiens, dont vous êtes une branche ; elle intéresse, enfin, permettez-moi de vous le dire, les physiologistes, — dont je suis.

Comme nous, Messieurs, vous maniez les poisons ; comme nous, vous pratiquez l'anesthésie que, d'ailleurs vous avez inventée ; les médecins en font autant ; c'est le privilège attaché à leur diplôme — et c'est la raison pour laquelle quelques personnes voudraient qu'on ne pût être dentiste sans avoir obtenu le diplôme de docteur en médecine. A ce compte, nous pourrions prétendre, nous physiologistes, que vous faites œuvre de physiologiste et, de là, il n'y a qu'un pas à exiger du dentiste le *certificat de physiologie* que l'on délivre précisément dans cette maison de Sorbonne à la Faculté des sciences. — Mais laissons ces exagérations et laissez-moi évoquer d'autres souvenirs qui vous rattachent mieux à la physiologie.

Je ne puis oublier, en effet, que mon maître et prédécesseur, l'illustre physiologiste Paul Bert, a salué les débuts de cette Révolution que vous avez accomplie en 1879 et qui a fait de vous, éléments jusqu'alors dispersés, sans lien professionnel, sans surveillance ni discipline corporative, la forte organisation que vous êtes devenus. Il a salué les débuts de la fédération dont aujourd'hui nous constatons la robuste maturité. La Fédération dentaire internationale était, en effet, en germe dans l'Ecole dentaire fondée en 1879, et dont cinq ans plus tard, en 1884, Paul Bert présidait la séance annuelle de rentrée.

Et que vous disait-il ? D'une manière attrayante et dans un discours émaillé d'anecdotes, il vous disait en substance ceci :

Soyez vous-mêmes. Ne négligez pas la technique, partie essentielle, pour l'instruction médicale, partie accessoire. Votre art est difficile, délicat, plein de détails. Vous possédez une instrumentation spéciale, ingénieuse, dont le manie-

ment exige une dextérité que l'on n'acquiert pas à tout âge. Consacrez-lui vos années de préparation.

Je n'ai garde d'oublier, Messieurs, que je parle ici devant un état-major qui sait unir la science générale à l'habileté technique. Mais on n'en saurait exiger autant de tous ceux qui exercent l'art dentaire, de l'armée dont vous êtes les chefs, des élèves que vous formez, des aides qui se préparent à la profession. Il faut qu'ils soient des techniciens.

Quant à la médecine, ils doivent en connaître des parties, cela est vrai, et, par exemple, de nombreux chapitres de ce que l'on appelle aujourd'hui la stomatologie. Vous devez connaître les rapports des maladies générales avec les affections dentaires. Vous devez collaborer avec le chirurgien dans nombre de cas et intervenir dans le traitement des affections ayant pour origine les altérations du système dentaire : névralgies faciales synesthésiques, affections de l'oreille, affections de l'œil de nature glaucomateuse, tumeurs liées à des vices d'évolution du système dentaire, ulcérations diverses, cancers dont les dentistes aperçoivent souvent les premiers débuts.

Oui, un dentiste consommé doit savoir tout cela. Mais, sans passer par la Faculté de médecine, il peut acquérir ces connaissances par une *éducation spéciale*, qui est précisément donnée dans les Ecoles dentaires, et qui est bien loin de comprendre l'inutile encyclopédie des connaissances médicales. Qui veut tout savoir, ne sait rien.

Toutefois, il est possible que quelques-uns qui, exceptionnellement, ont devant eux le temps et les facilités, se donnent le luxe d'ajouter le diplôme doctoral à l'apprentissage dentaire. Mais cela ne pourra être qu'une exception plus ou moins fréquente. Peu nombreux seront, même dans l'avenir, les dentistes qui pourront placer au dessus de leur maison le *paratonnerre médical*, c'est-à-dire le diplôme qui garantit contre les foudres de la loi tous ceux qui traitent, anesthésient, et opèrent les malades. Voilà, paraphrasée, la sage consultation de Paul Bert.

Un autre de nos maîtres et collègues, physiologiste comme Paul Bert et comme lui, membre du Parlement, mais cette fois du Parlement anglais, Michaël Foster, vous recevait en 1901, à l'Université de Cambridge.

Il vous parlait comme Paul Bert, mais, il était un peu plus exigeant : il voulait une base médicale plus large. Avec la forme humouristique qui lui était familière il vous disait :

« Ah ! le meilleur mode d'instruction pour chaque profes-
» sion et chaque carrière ! Voilà le problème qui préoccupe
» l'Université de Cambridge et qui vous préoccupe vous-
» mêmes ! Ici, nous pensons, ajoutait-il, que l'enseignement
» doit se donner sous la forme d'un cône : c'est-à-dire avoir
» une base large et un sommet rétréci. C'est la forme péné-
» trante. Les hommes, dans le tourbillon de la vie, roulent,
» heurtés aux choses et aux autres hommes, et c'est le cône,
» c'est la balle conique qui porte le plus loin. L'instruction
» encyclopédique est arrondie ; elle fait de l'homme une
» *sphère mentale,* qui roule sans avancer : cela ne nous
» convient point. »

Messieurs, votre préparation est *conique,* au sens de Michaël Foster : c'est-à-dire qu'à ces problèmes vous avez donné la solution provisoire tout au moins qui convient. Et le résultat a été admirable. En quinze années vous avez formé des générations de dentistes, qui inspirent au public la même confiance que les médecins diplômés et les professions surveillées les plus réputées ; et, depuis, vous avez recueilli en considération, pour votre bien et pour le bien public, — puisque c'est le public qui bénéficie de vos progrès — ce que vous avez semé pendant des années, de travail, d'efforts sages, raisonnables et coordonnés ! — *(Applaudissements prolongés).*

FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNATIONALE

10e SESSION

Paris 25-27 mars 1910.

I

Si par le monde entier, on voit briller lumineuse sur la carte la tache que forme notre pays — si les écoliers des deux hémisphères apprennent que ce pays généreux a pour unique ambition celle de mettre son intelligence, ses forces, au service du progrès, de l'humanité, de la plus grande fraternité — si tout ce qu'on dit par de là les frontières est vrai, les dentistes français se devaient à eux-mêmes d'être les promoteurs du mouvement professionnel international. Ils n'y ont pas failli.

« Paris, berceau de la F. D. I. », ces mots prononcés souvent par nos confrères étrangers m'ont causé une grande joie, une grande fierté. Elle est due à l'initiative d'un odontologiste français, la F. D. I. ; ses premiers pas, les plus difficiles, furent dirigés par les nôtres ; ceux qui aujourd'hui en ont assumé la direction se tournent vers les promoteurs de l'idée, vers les anciens présidents, assurés qu'ils trouveront auprès d'eux les encouragements, les appuis, les conseils qu'une tâche difficile pourrait réclamer.

Après avoir pendant dix années mené une randonnée odontologique à travers le monde, la F. D. I. revient tenir sa 10e session à Paris, d'où elle était issue en 1900.

Nous l'avons vue revenir, puissante, écoutée, aimée. Ceux qui, lors de sa fondation, avaient émis quelque doute sur la possibilité de l'œuvre, ceux qui, plus tard, sans preuves ni raisons, cherchèrent à attirer sur elle la suspicion, ont pu juger que la F. D. I. vivait, qu'elle était, par le tact et la modération avec lesquels ses présidents la conduisirent, devenue l'instrument indispensable au progrès d'une profession, « le Comité consultatif international ».

La F. D. I. ne venait pas près de sa mère nourricière chercher de nouvelles forces, elle désirait montrer ce qu'elle était devenue ; aussi elle fut acclamée et ses dirigeants ont pu quitter notre sol convaincus que le concours de toute la France pensante leur était acquis et que si, pour poursuivre l'œuvre, il était un jour besoin d'énergies nouvelles, ils pourraient venir les réclamer ici.

Au retour du Ve Congrès dentaire international à Berlin, faisant part aux lecteurs de *L'Odontologie* de mes impressions sur la Fédération dentaire internationale, je terminais ainsi :

« C'est aux séances de la F. D. I. que j'ai vécu les meilleures heures de mon séjour à Berlin ; je désire de tout cœur communiquer à mes confrères un peu de mon enthousiasme pour que toujours vive la F. D. I.

» Si par ces quelques pages, que j'ai écrites avec le sentiment de l'accomplissement du plus doux des devoirs, j'ai réussi à en faire comprendre l'utilité à quelques confrères, ma joie sera profonde. »

Je suis heureux de constater que dans la session qui vient de finir je n'ai pas été déçu ; nos confrères français sont accourus nombreux, en effet, et aucun, j'en suis convaincu, ne saurait s'en repentir.

Nous avons à remercier les pouvoirs publics, l'Université, la ville de Paris qui nous ont permis de faire à la F. D. I. une réception digne de ce corps professionnel d'élite.

L'Université de Paris avait généreusement mis à notre disposition l'amphithéatre Richelieu de la Sorbonne. Deux cent cinquante confrères, dont quarante étrangers, étaient venus assister à cette mémorable séance que présidait le savant Professeur Dastre.

Le ministre de l'Instruction publique, après avoir accepté la présidence d'honneur, avait délégué officiellement M. Dastre, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine, professeur de physiologie générale à la Faculté des sciences de l'Université de Paris.

C'était la première fois que le Gouvernement français se faisait représenter officiellement à la F. D. I.; nous ne saurions trop souligner l'importance de cet acte et le choix particulièrement heureux de M. le Ministre dans la personne du professeur Dastre. La lecture des comptes rendus qui suivent et du discours de l'éminent physiologiste indique que les pouvoirs publics s'intéressent à l'odontologie, qu'ils ont confiance en notre science et sont disposés à nous aider.

La municipalité de Paris ne voulut pas rester étrangère à cette manifestation professionnelle internationale. Les paroles de M. Miniot, vice-président du Conseil municipal, et celles du représentant de M. le préfet de la Seine nous ont prouvé qu'ils portent intérêt à nos travaux ; ces paroles nous apportèrent l'assurance que le concours de la ville de Paris nous était acquis pour poursuivre l'œuvre d'hygiène buccale à laquelle la Commission permanente d'hygiène de la F. D. I. travaille avec acharnement sous la direction et la haute autorité de son dévoué président, M. le professeur Jessen.

Dans leurs séances, les Commissions d'hygiène et d'enseignement, après constitution de leur bureau, tracèrent le programme de la troisième période quinquennale de la Fédération, le Conseil exécutif eut la mission d'attribuer le prix international commémoratif Miller, qui tous les deux ans doit être décerné à la personne ayant rendu les plus éminents services à notre profession. Le candidat présenté par la F. D. N. française crut devoir se retirer. Nous applaudissons au dé-

sintéressement de notre dévoué maître. C'est M. Black, de Chicago, qui fut choisi comme lauréat, et ce choix est tout à l'honneur du jury.

La F. D. I. fit plus qu'œuvre professionnelle : elle eut la bonne fortune de faire à Paris œuvre sociale. En effet, en venant à Paris, elle montra que l'œuvre pacifique à la réalisation de laquelle notre pays et ses plus grands cerveaux se sont attachés, n'était pas une utopie ; elle indiqua un des modes les plus précieux pour parvenir à la « citoyenneté mondiale » : *la Fédération professionnelle internationale.*

Au banquet, un de nos anciens ministres, un homme dont l'autorité en ces matières est incontestée, M. Mesureur, directeur de l'Assistance publique, célébra l'œuvre d'internationalisme fécond entrepris par notre profession.

« Vous nous avez, dit-il, montré l'exemple, Messieurs, et ce soir je tiens à vous en remercier : tous les hommes unis par leurs travaux, leur profession dans la recherche du progrès, le perfectionnement de la science pour le bien-être de l'humanité tout entière. Voilà ce que votre Fédération professionnelle internationale nous enseigne !

» Il est de notre devoir de vous suivre et de faire que, comme vous, chacun dans sa sphère dirige ses efforts vers le soulagement de la souffrance. La dualité des peuples n'est-elle pas une douleur ? » Et, finement, M. Mesureur ajoutait : « Les dents que vous soignez, Messieurs, ne vous sont-elles pas toutes aussi chères, elles n'ont pas de nationalité, et, sur vos visages, Mesdames, les sourires n'ont pas de patrie. »

Ces mots ne répondent-ils pas à la pensée, à l'impression que je transcrivais dans le compte rendu du Vᵉ Congrès de Berlin sur la Fédération dentaire internationale et que je rappelle : « Que toutes les professions aient leur Fédération internationale, qu'ainsi tous les hommes apprennent à se mieux connaître, à s'aimer, et l'atelier, le laboratoire, le livre, deviendront les armes glorieuses de la paix, armes stimulant les énergies, excitant l'émulation de tous dans la voie du progrès et fortifiant l'humanité, au lieu de la décimer ? »

L'odontologie a conquis le droit de cité comme science et ses adeptes l'ont conquis comme ouvriers de la première heure du temple de solidarité internationale et humanitaire.

Je soumets aux méditations des stomatologistes le compte rendu de cette session. N'ont-ils pas du reste compris l'importance de ces groupements internationaux puisque, précédés par nous, ce qui doit maintenant leur sembler habituel, ils ont, eux aussi, leur Fédération internationale ?

Tous ces travaux, ces réceptions, dont je vous conseille de lire les comptes rendus, nous les devons, bons syndicalistes, à la F. D. N., cette Fédération que vous appelez *notre chimère.*

Mais, au fait, vous qui prétendez monopoliser les idées odontologiques et leur défense, que faisiez-vous les 25 et 26 mars? Il faut constater que, de même que vous avez ignoré le Congrès de Berlin et ses deux mille adhérents, vous ignoriez sans doute aussi cette grande manifestation odontologique internationale. Il est vrai que vous n'auriez trouvé aucun motif pour y venir, si ce n'est pour déverser, tels les crapauds de Rostand, votre bave faite de rancune personnelle. C'est à l'œuvre qu'on vous juge, Messieurs les « polémistes aveugles ». vous m'en fournissez une fois de plus l'occasion — merci. Je vous trouverai cependant une excuse et je m'explique votre abstention — la F. D. N. prépara tout cela sans bruit — les grandes choses n'ont pas besoin du fracas des grosses caisses.

GEORGES VILLAIN.

II

COMPTE RENDU GÉNÉRAL

La F. D. I. a tenu sa 10e session à Paris les 25 et 26 mars 1910. Douze nations y étaient représentées : l'Allemagne, l'Angleterre, les Etats-Unis d'Amérique, l'Australie, la Belgique, le Danemark, l'Espagne, la France, la Hollande, l'Italie, la Suède, la Suisse ; vingt membres du Conseil exécutif sur 50 et autant de membres des Commissions étaient présents.

L'American Dental Society of Europe, l'American Dental Club of Paris, le Comité du monument Horace Wells s'y étaient fait représenter par une délégation de trois membres chacun.

La F. D. N. française avait tenu trois réunions antérieurement. dont nous avons rendu compte du reste, pour préparer et organiser la réception de la F. D. I. et elle avait nommé une Commission dans ce but.

Le programme que nous avons publié a été suivi avec de légères modifications.

Le jeudi 24 mars, à 9 h. 1/2 du soir, un punch d'honneur et de bienvenue était offert par la F. D. N. aux membres étrangers de la F. D. I. à la brasserie Mollard.

Le vendredi matin 25 mars la séance d'ouverture avait lieu à 10 heures dans l'amphithéâtre Richelieu, à la Sorbonne, aimablement mise à la disposition de la F. D. N. par le Recteur de l'Université de Paris. 250 personnes environ y assistaient. Elle était placée sous la présidence d'honneur du Ministre de l'Instruction publique et présidée effectivement par M. Dastre, professeur de physiologie à la Faculté des sciences, membre de l'Institut de France et de l'Académie de médecine, délégué par le Ministre pour le représenter.

La séance fut ouverte par un discours de M. Francis Jean, président de la F. D. N. française, qu'on trouvera d'autre part, puis par le discours en anglais de M. W. B. Paterson, président de la F. D. I., dont nous avons publié la traduction dans notre dernier numéro. Ensuite les divers représentants étrangers prirent la parole soit en anglais, soit en français, à l'exception du professeur Jessen, qui parla en allemand, mais dont l'allocution fut traduite sur-le-champ et lue en français (nous publions plus loin toutes ces allocutions) ; puis, M. le Prof. Dastre prononça le discours de clôture qu'on trouvera au commencement de ce numéro.

*
* *

Le vendredi après-midi, à 2 h. 1/2, séance du Conseil exécutif dans les locaux de la F. D. N. à l'Hôtel des Sociétés savantes, 28, rue Serpente, sous la présidence de M. Paterson. Cette séance, d'une durée de 3 heures, dont on lira plus loin le compte rendu détaillé, avait un ordre du jour chargé, qui a d'ailleurs été épuisé sans difficulté, grâce à l'esprit de méthode de M. Paterson.

C'est dans cette séance que le Conseil exécutif, siégeant comme jury, a attribué pour la première fois le prix international Miller qui, comme on sait, consiste dans un diplôme, une médaille et les intérêts de la souscription ouverte antérieurement dans les divers pays. Comme nos lecteurs pourront le voir, le jury a accordé cette haute distinction à M. Black, de Chicago, bien connu dans la profession dentaire par ses nombreux et savants travaux. M. Kirk a été chargé de lui télégraphier la bonne nouvelle.

Le soir, à 9 heures, un concert, organisé par la F. D. N., était offert à la F. D. I. salle d'Eylau, 101, avenue Victor-Hugo. Près de 300 personnes sont venues écouter et applaudir les artistes choisis qui ont exécuté un programme varié et très soigné.

*
* *

Le samedi matin 26 mars, les membres de la F. D. I. ont visité l'Ecole dentaire de Paris.

Dès 9 heures un grand nombre de confrères de province et de l'étranger étaient réunis dans le salon de réception. M. Blatter, secrétaire général, après avoir excusé M. Godon, retenu par les travaux des Commissions de la F. D. I., leur souhaita la bienvenue au nom du Conseil d'administration.

Sous la conduite de MM. Levett, professeur, G. Villain et Eudlitz, membres du Conseil, la visite commença par la grande salle Fauchard ; les visiteurs s'arrêtèrent longuement aux travaux de dentisterie opératoire exécutés par les élèves. M. Spaulding profita de la

circonstance, pour faire une démonstration de quelques minutes sur un cas d'aurification intéressant.

M. Levett donna quelques explications sur le fonctionnement du service des incrustations de porcelaine ; M. Eudlitz fit de même en ce qui concerne la clinique de dentisterie opératoire et montra tout le profit que les élèves peuvent en retirer pour leur enseignement.

La visite continua par la salle de chirurgie dentaire. M. Blatter exposa les conditions dans lesquelles les malades sont reçus au Dispensaire, et les formalités administratives qu'ils doivent remplir avant d'être admis à la consultation. M. Péré, chef de clinique qui assurait le service, examina devant eux les malades qui s'étaient présentés et fit plusieurs opérations.

Dans le grand amphithéâtre, M. Blatter montra la collection de tableaux et appareils de projections servant au corps enseignant pour les cours théoriques.

La clinique de prothèse et le laboratoire furent également visités. M. G. Villain, par quelques démonstrations, montra les résultats obtenus dans plusieurs cas de redressements et la visite continua par le Musée, présenté par M. Geoffroy, conservateur.

Le Conseil d'administration a profité de cette circonstance pour inaugurer une superbe collection d'appareils dentaires se rapportant à l'antiquité, que M. Guérini, de Naples, avait gracieusement offerte à l'Ecole dans une vitrine artistement sculptée. Cette inauguration termina la visite.

Les membres de la F. D. I. ont également visité l'Ecole odontotechnique, rue Garancière. Ils ont été reçus par le Conseil d'administration, qui leur a fait parcourir les différentes salles et leur a offert un champagne d'honneur.

Puis la Commission d'hygiène, présidée par le professeur Jessen, et la Commission d'enseignement, présidée par M. Kirk, ont tenu séance séparément. Nous publions plus loin le compte rendu de ces deux réunions.

Le samedi après-midi, à 2 h. 1/2, eut lieu la seconde séance du Conseil exécutif. Nous publions également le compte rendu de cette séance, qui prit fin à 4 heures. A noter que le Conseil exécutif a fixé sa prochaine session à Londres en 1911.

A 4 heures, les membres de la F. D. I. furent présentés au Bureau du Conseil municipal, à l'Hôtel de Ville, par M. Francis Jean, qui exposa aux membres du Conseil municipal le but poursuivi par la F. D. I. en insistant sur l'hygiène dentaire publique et scolaire.

M. Miniot, vice-président du Conseil municipal, après avoir souhaité la bienvenue aux membres de la F. D. I., assura à la F. D. N. le concours de la ville de Paris pour l'hygiène dentaire dans les écoles.

Les représentants du préfet de la Seine et du préfet de police,

applaudissant à l'œuvre poursuivie par nos Fédérations, dirent que l'administration préfectorale unira ses efforts à ceux du Conseil municipal pour faire aboutir les demandes formulées dans le sens indiqué.

MM. Aguilar et Guerini, au nom des étrangers, remercièrent le Conseil municipal et les deux préfets des paroles de bienvenue prononcées et dirent combien les odontologistes internationaux étaient reconnaissants et heureux de voir à Paris, la ville lumière, berceau de la F. D. I., s'élever un monument à Horace Wells; « il n'était pas français, dirent-ils, mais un humanitaire, par conséquent un Français ».

M. Miniot répondit que l'orgueil français n'était ni personnel ni national. « Notre orgueil, c'est d'avoir l'amitié de tous les peuples, nos frères, que nous aimons, espérant qu'ils nous suivront dans l'accomplissement de notre devoir humanitaire, qu'ils nous précéderont un jour, mais applaudiront toujours aux succès humanitaires, qui sont les vôtres autant que les nôtres. »

M. Godon prononça quelques paroles de remerciement au nom de l'Ecole dentaire de Paris et de l'Ecole odontotechnique pour la constante bienveillance et la sympathie que le Conseil municipal a toujours témoignées à ces écoles, sources de l'œuvre et de l'impulsion professionnelles.

Un lunch fut offert aux assistants ; ensuite M. Miniot leur fit très aimablement les honneurs des salons, où ils purent admirer les richesses artistiques qui les décorent.

A 7 h. 1/2, la F. D. N. offrait à la F. D. I. un banquet à l'Hôtel Continental, dans une des grandes salles du premier étage, décorée de faisceaux de drapeaux des nations représentées.

La table, de 102 couverts, était ornée de fleurs. On comptait une vingtaine de dames, dont les élégantes toilettes claires tranchaient sur la note sombre des habits noirs.

Une excellente musique militaire, celle du 128e de ligne, prêtée par le Gouvernement militaire de Paris, a exécuté brillamment quelques morceaux pendant le repas.

MM. Paterson et Francis Jean présidaient en se faisant face au milieu de la table. Le Directeur de l'Assistance publique honorait de sa présence cette élégante réunion.

Au dessert, M. Paterson a porté en anglais la santé du président de la République française et la musique a joué la Marseillaise ; puis M. Eudlitz a donné lecture des lettres d'excuses.

M. Francis Jean a porté le toast suivant :

« Je tiens tout d'abord à vous rassurer, mesdames ; la période des discours est close et je ne voudrais à aucun prix vous en infliger un de plus. Mais, je ne dois pas oublier mes devoirs, au nombre desquels un des plus agréables m'échoit ce soir. J'ai à vous remercier,

mesdames, d'avoir bien voulu nous faire l'honneur d'assister à ce banquet et d'avoir ainsi contribué par votre gracieuse présence à lui donner un éclat particulier. Merci donc, mesdames, et croyez bien que nous garderons longtemps le souvenir de votre trop court séjour parmi nous.

» Quant à vous, mes chers et honorés confrères, je ne peux que vous répéter combien nous regrettons que ces deux jours soient déjà écoulés et que déjà l'heure de la séparation ait sonné.

» Croyez que jamais nous ne sommes si heureux que quand nous avons des occasions de vous réunir et de vous réunir en aussi grand nombre.

» Nous espérons que vous garderez un bon souvenir de la session de Paris de 1910, et que la prochaine fois que les dentistes français auront à vous recevoir ce sera vraiment le plus prochainement possible, et pour plus longtemps.

» Mesdames, je lève mon verre à votre charme et à vos grâces ; messieurs, je lève mon verre à la prospérité et à la fécondité du travail de la Fédération dentaire internationale et à son sympathique président, M. Paterson. »

M. Godon, président d'honneur de la F. D. I., a retracé brièvement les résultats obtenus pendant les dix ans d'existence de cette organisation professionnelle, rappelé son développement, indiqué les appuis officiels qu'elle a rencontrés partout et s'est félicité de voir à la table le plus puissant patron des institutions professionnelles françaises, qui est, à la fois, un ancien conseiller municipal de Paris, un ancien député, un ancien ministre.

M. Mesureur a dit ne pas pouvoir ne pas remercier M. Godon de l'allusion faite à ses efforts pour le développement de l'art dentaire ; mais, s'il l'a pu, c'est grâce au feu sacré dont ce dernier est animé ; il n'a fait que le suivre et c'est M. Godon qui lui a inspiré tout ce qu'il a fait. Il a dit que les Français dans ce banquet regrettaient de ne parler qu'une langue, mais qu'ils espéraient que les étrangers comprendraient la profonde sympathie qui les animent à leur égard. Il faut remercier les étrangers d'être venus. « En vous voyant, Mesdames, ajoute-t-il, nous pensons que les sourires n'ont pas de patrie ». « Il faut espérer, dit-il encore, que c'est aux conquêtes de l'art, de la beauté, que nous nous attacherons et que nous nous efforcerons d'éteindre les souffrances. Il y a des milliers d'individus qui ont besoin de vos soins ; je bois au développement de la science odontologique, je porte la santé de l'art dentaire international. »

M. Guy (d'Edimbourg) porte en anglais un toast à M. Black, qui a obtenu le prix Miller. Il se félicite qu'on ait choisi un tel homme, qui a rendu à l'art dentaire des services si éminents.

La musique exécute l'hymne national anglais.

M. Kirk (de Philadelphie) remercie en anglais de l'honneur fait à un de ses compatriotes, mais ne s'étonne pas qu'un jury composé de ses pairs ait trouvé M. Black digne du prix Miller. Toutefois si Black appartient à l'Amérique par sa nationalité, il appartient au monde par ses travaux. La nomenclature de ses œuvres n'occupe pas, dit-il, moins de 35 pages in-8°.

La musique joue l'hymne national américain.

M. Quintero (de Lyon), président de la Société dentaire américaine d'Europe, porte, en anglais, au nom de celle-ci, un toast à la F. D. I.

M. Aguilar (de Madrid) porte, en français, un toast aux dames, qui assistent au banquet.

M. Siffre porte un toast aux confrères étrangers, aux confrères français et au roi de Suède qui a accepté le patronage de la Commission d'hygiène.

M. Lenhardtson (de Stockholm) porte en anglais un toast aux F. D. N. du Danemark et de la Suède.

M. Grimaud porte un toast aux chefs des nations représentées au banquet.

M. Subirana (de Madrid) exalte, en espagnol, la gloire d'Horace Wells, dont il esquisse à grands traits la biographie et félicite la France de lui élever un monument, qui est un monument à la science odontologique.

M. Brooks (de Londres), président de l'Association dentaire britannique, remercie en anglais de la réception faite par la F. D. N. et se félicite que cette réunion serve à resserrer les liens des nations.

M. Rosenthal (de Bruxelles) voit dans la composition de la table l'image d'une humanité meilleure. Comme les convives représentent de nombreuses nations, il propose de boire à la fraternité de tous les peuples.

M. Barrié dit que la première patrie des dentistes français est la France, mais que la seconde est l'Amérique, où leur art a été perfectionné. Il recommande d'être nombreux le lendemain autour de la statue d'Horace Wells.

La série des toasts est close. Au sortir de la table, M. Kirk communique un télégramme qu'il vient de recevoir de M. Black et par lequel celui-ci remercie de l'honneur qui lui est fait.

Les convives se rendent alors à la soirée et au bal offerts par l'American Dental Club de Paris à la Société dentaire américaine d'Europe, réunie à Paris en ce moment, et auxquels les membres de la F. D. N. et de la F. D. I. sont invités. Ce bal, très élégant, s'est terminé seulement vers 5 heures du matin.

*
* *

Le dimanche matin 27 mars, à 10 h. 1/2, les membres de la

F. D. I. se trouvaient réunis au square des Etats-Unis pour assister à l'inauguration du monument élevé à Horace Wells par le Comité français. La cérémonie avait lieu sous le patronage du président du Conseil, Ministre de l'Intérieur, des Ministres des Affaires étrangères, de l'Instruction publique, de l'Académie des sciences et de M. Gérente, sénateur, maire du 16e arrondissement. Plusieurs discours y ont été prononcés, notamment par M. le Prof. Dastre, représentant le Ministre de l'Instruction publique. Mais nos lecteurs trouveront, d'autre part, un compte rendu spécial de cette cérémonie dû à l'obligeance du secrétaire du Comité, M. Barrié, ainsi que les discours.

*
* *

En terminant, il n'est que justice que nous rendions un tribut spécial de remerciements et de félicitations aux organisateurs de cette réception de la F. D. I. En premier lieu vient M. Francis Jean, président de la F. D. N., qui s'est dépensé sans compter pour l'organisation de la séance d'ouverture, les diverses réceptions et, dans une mesure notable, pour l'inauguration du monument Horace Wells.

MM. Eudlitz, Richaume et Georges Villain, chargés de l'organisation des réceptions, méritent des éloges pour la peine qu'ils ont prise et le soin qu'ils ont apporté à tout prévoir et à ménager toutes les susceptibilités. Ils ont bien fait les choses.

Enfin, M. Grimaud, auquel incombait la préparation du concert, s'en est tiré avec une grande habileté et un goût parfait. Les applaudissements qu'il y a entendus s'adressaient non seulement aux artistes, mais il y en avait une bonne part pour lui, qui avait eu le talent de les grouper.

C'est pour nous un grand plaisir que d'adresser publiquement aux membres de l'American Dental Society of Europe et à ceux de l'American Dental Club de Paris nos plus vifs remerciements pour la sympathie qu'ils nous ont témoignée en distrayant quelques heures de leurs réunions, qui se tenaient à la même date, pour assister à nos travaux et à nos fêtes.

A MM. Jenkins, président de l'A. D. C. P., Quintero, président de l'A. D. S. E., nous adressons des remerciements particuliers, ainsi qu'à M. Hirschfeld, l'organisateur de la brillante soirée de l'A. D. C. P., qui nous a très aimablement donné de la réunion de l'A. D. S. E. un compte rendu que nos lecteurs liront d'autre part. M. Robinson mérite notre reconnaissance pour le dévouement et le tact avec lesquels il a assuré les relations entre les sociétés américaines, la F. D. I. et la F. D. N. Notre confrère a fait une fois de plus preuve de son extrême obligeance, il a su comme toujours se dépenser sans compter, nous l'en remercions très cordialement.



FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNATIONALE

Séance d'ouverture à la Sorbonne

25 MARS 1910.

III

SÉANCE D'OUVERTURE (25 mars).

PRÉSIDENCE D'HONNEUR DE M. LE MINISTRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE
PRÉSIDENCE EFFECTIVE DE M. LE PROFESSEUR DASTRE,

Professeur de physiologie à la Faculté des sciences de l'Université de Paris,
Membre de l'Institut de France et de l'Académie de médecine,
Représentant le Ministre de l'Instruction publique.

La séance est ouverte à 10 heures 1/2 du matin dans l'amphithéâtre Richelieu de l'Université de Paris (Sorbonne).

M. FRANCIS JEAN, président de la Fédération dentaire nationale française, prononce le discours suivant :

Monsieur le président, Messieurs et chers confrères,

J'ai le grand honneur et l'agréable devoir, au nom de la Fédération dentaire de France, de souhaiter la bienvenue au Comité exécutif de la Fédération dentaire internationale qui, sous la présidence si autorisée de M. Paterson, de Londres, revient ici comme on revient à la maison de naissance, apporter la joie des étapes déjà parcourues, et reprendre des ardeurs nouvelles et de nouvelles énergies.

Soyez félicités, mes chers confrères. Pour la plupart ouvriers de la première heure en 1900, en ce Congrès dentaire international de Paris qui constitue une date historique de notre profession, vous avez chaque année, en quelques villes importantes des nations les plus diverses, continué l'œuvre commencée ici. Rien ne vous arrête dans ce labeur qui devient un apostolat : ni la mer, ni les longues distances à franchir, ni le sacrifice des heures consacrées au repos. Paris vous revoit avec joie et la Fédération dentaire nationale, reconnaissante de vos travaux, vous remercie de votre venue chez nous.

Nous avons fait tout le possible pour que vous trouviez ici les mêmes facilités de travail et la même atmosphère de bienveillance que vous avez trouvées ailleurs. Nous avons la grande satisfaction de pouvoir ouvrir cette session sous la présidence d'honneur de M. le Ministre de l'Instruction publique, qui témoigne de l'intérêt que son département et le gouvernement tout entier prennent à nos travaux. Vous nous permettrez de lui adresser ici nos plus vifs remerciements.

M. Liard, recteur de l'Université, a bien voulu mettre à votre disposition cette Sorbonne glorieuse, où sont venus tous les maîtres de la pensée et du savoir et où, comme en un laboratoire, ont germé les progrès modernes. Nous sommes heureux de dire merci à M. Liard du cadre merveilleux qu'il prête ainsi à vos travaux.

Nous saluons enfin et nous remercions celui qui, avec sa bonne grâce coutumière, a accepté de présider effectivement cette séance d'ouverture, M. le professeur Dastre. Maître incontesté de la physiologie moderne, il vient parmi nous comme sont venus, à Cambridge, le savant professeur Michael Foster et, à l'Université de Stockholm, le savant anatomiste Lindstrom.

Prestige scientifique, foyer des vieilles cultures philosophiques et des jeunes progrès scientifiques, bienveillance du pouvoir civil, voilà ce que M. le Ministre, M. le recteur Liard et notre savant maître le professeur Dastre nous ont permis de mettre à votre disposition. Vous en serez honorés, j'en ai l'assurance, autant que nous en sommes reconnaissants.

Permettez-moi d'insister, monsieur le président, et de dire brièvement pourquoi votre présence nous est précieuse et nous honore. Il y a vingt-six ans, alors que notre profession n'avait pas encore d'existence officielle, alors que, réunis et unis depuis peu, les dentistes s'efforçaient d'organiser leur enseignement, un homme est venu à eux, les a encouragés, conseillés, guidés. Physiologiste éminent, savant illustre, législateur et, ajouta-t-il avec esprit, client, il avait nom Paul Bert, un nom qui honorait à tant de titres et la France et l'Humanité. Or, monsieur le président, il est difficile d'évoquer le nom de Paul Bert sans qu'immédiatement le nom du professeur Dastre ne vienne à l'esprit. Vous professez la même science dans la même chaire ; vous continuez son œuvre, vous la perfectionnez, la généralisez, la propagez. Aussi, semble-t-il naturel qu'après avoir eu, il y a plus d'un quart de siècle, le patronage, l'appui, les encouragements de Paul Bert, les dentistes aient aujourd'hui le patronage, l'appui, les encouragements du professeur Dastre. Les appuis, vous avez commencé à nous les donner dès la fondation de l'enseignement dentaire en France à l'époque où, maître de conférences à l'Ecole normale, vous étiez le collaborateur de Pasteur et du Dr Roux.

Depuis cette époque vous n'avez jamais cessé de contribuer au développement de la science odontologique. Elle vous est redevable des enseignements qu'elle a recueillis en vos remarquables travaux sur les anesthésiques et leur application, en vos études sur les nerfs vaso-moteurs et le système nerveux. Vos encouragements et votre patronage, vous nous les apportez aujourd'hui avec toute l'autorité attachée à votre haute situation dans le monde scientifique.

D'ailleurs seuls pourraient s'étonner de ces concours ceux qui ignorent l'évolution rapide, la transformation radicale de notre profession et le haut souci qui la caractérise, à cette heure, d'apporter sa pierre à l'édifice de solidarité sociale que construit notre monde moderne.

En effet, les premières sociétés de dentistes se créent en France

vers 1879, dans le but d'organiser l'enseignement dentaire jusqu'alors inexistant. En 1884, Paul Bert, que cet effort avait intéressé, ne craint pas, dans un éloquent discours, de leur prédire les plus belles destinées. Il faut attendre huit ans après ce beau plaidoyer pour émouvoir les pouvoirs publics et obtenir une réglementation de l'exercice de la chirurgie dentaire en France. Partis de rien, après treize ans de lutte, les dentistes occupent dès lors une place parmi les professions libérales réglementées. Leur enseignement est consacré, et la loi de 1892 qui le régit n'est qu'un paraphe mis par l'Etat au bas de leur programme.

Partout l'évolution est la même, partout les dentistes s'organisent et élèvent lentement leur profession au niveau des autres professions libérales par leur seul effort, partout leur labeur consciencieux et leur énergie secouent la torpeur des pouvoirs publics.

*
* *

En même temps que notre profession subissait cette transformation, elle obéissait à la loi moderne de l'association, à l'attrait de la solidarité.

Le 14 août 1900, au troisième Congrès dentaire international à Paris, M. Godon, si ardemment dévoué dans le passé comme dans le présent, et sur qui l'avenir professionnel peut compter, émet deux vœux qui donnent naissance à la Fédération dentaire internationale. Ainsi, depuis dix ans, les dentistes du monde entier travaillent à l'œuvre commune et cherchent à la fois à faire progresser la science odontologique, à donner chaque jour plus de garanties aux malades et à faire profiter la santé publique de leur labeur. Nous avons le droit de nous montrer fiers de ce noble et beau programme.

Dans le cours de ces dix années, la Fédération internationale a tenu ses assises un peu partout dans le monde : à Cambridge, à Stockholm, à Saint-Louis, à Madrid, à Hanovre, à Genève, à Amsterdam, à Bruxelles, à Berlin. Partout son travail a été fécond et sa vitalité a prouvé combien elle était nécessaire et à quel point les hommes qui la dirigeaient en étaient dignes.

Depuis 1900, la Fédération dentaire internationale fut pour ainsi dire notre directeur d'instruction, avec prudence et compétence, chaque année, précisant les points de notre programme d'enseignement, et les revendications qu'il fallait faire entendre auprès des pouvoirs publics. Par son importance, cette question de l'enseignement a attiré l'attention d'hommes considérables qui ont apporté leurs encouragements et leurs conseils à la Fédération. Parmi eux, je rappellerai Michaël Foster, qui ouvrit la session de 1901 au lendemain de la constitution de la Fédération, et qui, dans un éloquent discours, nous montra magistralement la route à suivre. De tels encouragements, de

tels conseils nous sont fort précieux, nous les avons rencontrés un peu partout; mais nous devons particulièrement nous féliciter de les avoir entendu exprimer sur cette question de l'enseignement qui, pour l'autonomie de notre profession, est, dans tous les pays du monde, une question de vie ou de mort. L'avis formulé à ce sujet par des hommes aussi autorisés que Paul Bert, que Michaël Foster, appuie singulièrement notre prétention que pour faire un bon dentiste le doctorat en médecine est à la fois trop et trop peu.

C'est du travail de la Fédération internationale, de ses discussions fécondes, que sont sortis en France les récents décrets qui transforment notre enseignement dentaire en en prolongeant la durée et en l'orientant davantage du côté pratique.

*
* *

A ce souci de l'enseignement se joint un autre noble souci à l'heure présente : celui de l'hygiène. On ne pense plus que l'œuvre de défense contre la maladie et la souffrance soit simplement œuvre individuelle du malade contre sa maladie. On s'est rendu compte que pour un grand nombre les maladies revêtaient un caractère de malfaisance collective, contre laquelle la lutte individuelle était insuffisante, on a compris que toutes les autres, du moins par leur répercussion avaient, au point de vue général, de déplorables effets.

Cette conception du méfait social de la maladie, associée au sentiment de solidarité et de pitié qui caractérise notre temps, a fait naître un peu partout les organisations de défense, et les autorités civiles n'ont pas manqué d'encourager ces initiatives.

Depuis longtemps, dans le domaine spécial de l'hygiène dentaire, nos écoles ont ouvert des cliniques de plus en plus fréquentées en même temps que certains de nos confrères en prenaient personnellement l'initiative en d'autres milieux. Là, ainsi que dans les cliniques des hôpitaux, à la dentisterie d'urgence se substitue de plus en plus la dentisterie conservatrice: guérir est bien, prévenir est mieux. C'est pourquoi notre profession aujourd'hui dirige ses efforts vers les soins à donner aux enfants des écoles et aux jeunes gens appelés au service militaire.

La Fédération dentaire internationale depuis quelques années déjà s'intéresse à cette question, signale les résultats déjà obtenus. Ainsi, nous avons été amenés à connaître l'admirable organisation en Allemagne des cliniques dentaires scolaires. L'Angleterre, la Belgique sont également entrées dans cette voie. La nécessité de ces institutions est apparue si évidente au Congrès de Berlin de 1909 que a Fédération dentaire internationale a fait de sa Commission d'hygiène scolaire et de sa Commission d'hygiène militaire un seul comité permanent où siègent nos confrères les plus compétents et que récem-

ment Sa Majesté le Roi de Suède a pris sous son haut patronage.

Je n'ai pas besoin de rappeler que nous sommes entrés en France dans la voie des réalisations à cet égard. M. le Ministre de l'Instruction publique étendait récemment aux établissements d'enseignement secondaire le service d'inspection et de traitement dentaires créé dans les écoles normales primaires et les internats des écoles primaires supérieures. M. le Ministre de la Guerre, de son côté, traçait les premières lignes du service dentaire à organiser dans l'armée.

Nous continuerons à aider le Gouvernement de nos indications précises afin que ces services, étendus à toutes nos écoles et assurés dans tous nos centres militaires, nous permettent non seulement de soulager les souffrances, mais encore de prévenir les maladies dentaires si douloureuses et parfois si redoutables pour l'organisme.

Telle est aujourd'hui notre profession, transformée par les lumières de la science et pénétrée des souffles généreux de la solidarité.

* * *

Deux faits importants vont marquer cette session ; ils résument ce que je viens d'exprimer : c'est, dans notre sein, l'attribution pour la première fois du prix Miller et demain, sur une de nos places publiques, l'inauguration du monument Horace Wells.

Le prix international Miller, fondé sur l'initiative de la Fédération dentaire internationale, pour perpétuer le souvenir de celui qui par sa science et sa haute conscience a si hautement honoré notre profession tout entière, et particulièrement la Fédération dentaire internationale, qu'il présidait au moment de sa mort, va être décerné pour la première fois. Encourager la science pour glorifier un maître, n'est-ce point le propre d'une profession toute scientifique ?

Le même esprit et le même sentiment ont fait ériger enfin un monument à Horace Wells, qui découvrit l'anesthésie générale : un des nôtres que l'humanité devrait saluer comme un de ses plus grands bienfaiteurs !

Messieurs, cette session, en sa brièveté, restera ainsi, par la glorification d'Horace Wells et de Miller, une des pages brillantes de l'histoire de notre profession. Elle dira l'union de tous pour la réalisation de tout notre idéal. Elle montrera que chez nous aussi le rayonnement scientifique se transforme naturellement en solidarité sociale. Nous prenons place à notre tour parmi ceux qui cherchent, selon le mot du regretté Miller, « à pouvoir rendre le plus de services au plus grand nombre ».

Nos rêves d'il y a trente ans sont des réalités de l'heure présente.

Demain sera meilleur encore : nous en avons pour garant l'union fraternelle de cette heure, l'esprit généreux et scientifique qui anime notre profession et la conduira à de nouveaux progrès. *(Applaudissements répétés.)*

M. LE PROF. DASTRE remercie M. Francis Jean de l'étude dont il vient de donner lecture au point de vue du mouvement professionnel qui s'est manifesté depuis 1892.

M. W. B. PATERSON (Londres), président de la Fédération dentaire internationale, remercie d'abord, au nom de l'Association dentaire britannique, la Fédération dentaire nationale française des dispositions qu'elle a prises pour recevoir la F. D. I. et pour assurer le succès de la réunion, puis il prononce le discours que nous avons publié dans notre numéro du 30 mars.

M. LE PROF. DASTRE dit que, puisqu'il a remercié M. Francis Jean d'avoir fait l'historique de la F. D. N., il doit remercier aussi M. Paterson de son discours documenté.

Les délégués étrangers prennent ensuite la parole dans l'ordre alphabétique des pays qu'ils représentent.

1° M. JESSEN (Strasbourg) :

« Au nom de mes confrères allemands, j'ai l'honneur de vous apporter des saluts cordiaux et les meilleurs souhaits pour notre travail commun. C'est à Paris, il y a dix ans, que fut fondée la F. D. I. et nous avons la joie de voir parmi nous des hommes qui en ont posé les fondations, qui l'ont présidée et dirigée. Nous avons derrière nous dix ans d'un travail plein de résultats. Notre profession a fait dans le monde entier de grands progrès, nous avons conquis une place honorable dans la science : le dernier Congrès international de Berlin l'a nettement montré. Le Gouvernement a pris à ce Congrès une part infiniment plus considérable qu'il ne l'avait jamais fait. La F. D. I. a rendu de grands services dans l'organisation de ce Congrès ; les dentistes du monde entier doivent l'en remercier et je lui suis particulièrement reconnaissant d'avoir donné à la Commission d'hygiène un vaste champ d'action et d'avoir décidé de s'occuper aussi dans cette session de sa mission et des buts qu'elle poursuit, afin que nous puissions continuer de travailler ensemble pour la prospérité de notre profession et pour le bien de toute l'humanité. » *(Applaudissements répétés.)*

2° M. KIRK (Philadelphie),

« Au nom des dentistes des Etats-Unis d'Amérique, apporte les salutations de ses confrères. Il regrette que son pays soit aussi peu représenté cette fois ; mais cela tient à l'époque choisie pour la session. Néanmoins si les délégués américains ne sont pas tous venus, ils sont de cœur avec leurs collègues réunis à Paris.

» La F. D. I. apprendra certainement avec plaisir que son action se fait sentir en Amérique et que ses bienfaits y sont déjà répandus, car une vaste enquête approfondie a démontré la nécessité d'organiser partout des services dentaires publics comme ceux que préconise sa Commission d'hygiène. » *(Applaudissements.)*

3° M. MUMMERY (Londres) :

« Au nom de mes confrères de la Grande-Bretagne, je me lève pour apporter nos salutations aux membres de la F. D. I. dans sa session de 1910.

» Nous avons récemment été dissous, mais nous sommes ressuscités et, comme le phénix de la fable, j'espère que nous revivons avec une nouvelle énergie. Nous avons perdu quelques-unes de nos plumes dans l'épreuve, mais il nous en pousse de nouvelles, et nous sommes ravis de revivre dans la magnifique ville de Paris, où nous avons déjà reçu un accueil si hospitalier.

» Nous avons beaucoup à travailler dans cette courte session et nous espérons mettre toute notre activité à remplir comme il convient nos diverses tâches. » *(Applaudissements.)*

4° M. WILLIAMS, délégué du Gouvernement australien,

» Remercie la F. D. N. française, au nom du Gouvernement australien et de ses confrères. Chargé par ce Gouvernement de faire une enquête sur l'enseignement dentaire, il fait un voyage en Europe, et il est sûr de rapporter de ce voyage un grand profit. L'Australie est un grand pays, qui n'est pas encore très peuplé ; aussi au dernier congrès dentaire national qui y a été tenu n'y avait-il que des dentistes australiens. Il espère bien qu'au prochain congrès national qui aura lieu à Brisbane en octobre prochain il y aura des représentants des dentistes français. »

M. LE PROF. DASTRE remercie M. Williams des renseignements qu'il vient de donner sur sa mission et sur le Congrès de Brisbane.

5° M. E. ROSENTHAL (Bruxelles) prononce le discours suivant :

« Au nom de la F. D. N. B. je remercie nos confrères français de l'accueil aimable et hospitalier qu'ils ont réservé à tous les confrères belges qui assistent à cette nouvelle session de la F. D. I. Nous, Belges, trouvons du reste la chose tellement naturelle à cause de la sympathie, de l'affection que nous avons toujours trouvées en France, que nous avons perdu la faculté de nous en étonner.

» Depuis le dernier rapport que j'ai eu la faveur de présenter à la F. D. I. sur la situation de l'art dentaire en Belgique rien n'est encore changé en ce qui concerne l'enseignement et la délivrance des diplômes.

» Cependant une activité intense règne dans le monde dentaire belge, tous les cercles affiliés font preuve d'initiative, de vitalité.

» La Fédération dentaire nationale belge, ne connaissant plus de barrière, et reculant les limites de son ambition, organise pour le mois de juillet prochain un Congrès national. Cette manifestation, fait hautement significatif et sans précédent chez nous, se fait sous le patronage du Gouvenement et sous la présidence d'honneur du baron Descamp, ministre des Sciences et des Arts.

» Il semblerait, par suite de l'estampille officielle qui est donnée à notre tentative, que l'on veuille juger en haut lieu si nous sommes capables de faire œuvre utile et scientifique. Nous apporterons tous nos soins à justifier la confiance que l'on a mise en nous. Mais nous sommes jeunes encore en Belgique comme profession organisée, et nous venons faire un appel chaleureux et vibrant non seulement à tous nos confrères français, mais à tous les dentistes pour qu'ils viennent ajouter un lustre à notre Congrès par leur présence d'abord, par des communications et des démonstrations techniques ensuite. Il y a là une question qui dépasse nos frontières et la conservation de l'autonomie de notre profession en Belgique ne peut manquer d'avoir sa répercussion dans tout le monde dentaire. Venez donc nombreux à Bruxelles du 24 au 29 juillet, vous serez doublement les bienvenus.

» Ne bornant pas là son activité, la F. D. N. B. organise aussi pendant notre exposition internationale qui, entre parenthèses, s'annonce comme devant être superbe et des plus importantes, la F. D. N. B. organise dans la section d'hygiène, sur un emplacement qui lui a été cédé par le Gouvernement, un cabinet dentaire idéal. Le Comité chargé de la mise sur pied de cette entreprise a travaillé avec dévouement et tout fait prévoir là aussi un succès à la fois instructif pour le public et productif d'effets utiles en forçant tous les dentistes à mettre leurs cabinets à la hauteur des progrès actuels.

» Enfin notre journal dentaire belge, organe de la F. D. N. B., continue à se développer. Il grandit non seulement en volume, mais en valeur, et de tous côtés nous avons reçu, à son sujet, des compliments les plus encourageants.

» D'après ce court aperçu vous pouvez constater, chers confrères, que la Belgique suit l'exemple que vous lui donnez et que nous espérons atteindre le résultat que nous ambitionnons, c'est-à-dire l'institution d'un enseignement professionnel complet, progressif, intégral, imprégné du plus pur esprit scientifique, mais aussi comprenant une large part d'enseignement manuel et technique qui sera et restera, quoi que l'on puisse dire et faire, la pierre fondamentale de notre art. » *(Applaudissements.)*

M. LE PROF. DASTRE répond qu'il n'a pas besoin de dire que les Français sont en communion d'idées avec les Belges.

6° M. CHRISTENSEN (Copenhague) :

« Comme représentant des dentistes danois, j'apporte nos meilleurs compliments aux dentistes français et comme membre du Conseil supérieur sanitaire du Danemark je suis chagé d'adresser à la F. D. I. nos meilleures salutations et nos meilleurs souhaits. Le Gouvernement danois connaît les efforts de la F. D. I. et prend le plus vif intérêt à son œuvre ; il est convaincu de l'importance des sociétés dentaires pour l'hygiène populaire et pour les questions sociales.

» Quand, au Congrès de Berlin, la Commission d'hygiène fut agrandie et que vingt comités furent nommés dans les divers pays, le Danemark fut le premier à continuer ces efforts et à les mettre en œuvre, et il se fonda à Copenhague la *Société danoise pour l'entretien des dents des enfants*. Des hommes de toute condition, des médecins et des ministres sont devenus membres de cette société. Des institutions furent fondées pour étendre leur action sur toutes les villes du pays. Notre exemple fut suivi immédiatement par la Suède, la Hollande et la Finlande.

» Je tiens à vous exprimer l'espoir que sous le haut protectorat du roi de Suède nos efforts prendront racine dans tous les pays civilisés et profiteront à toute l'humanité. » *(Applaudissements.)*

7° M. Aguilar (Madrid) :

« C'est avec un grand plaisir que je parle au nom de la délégation espagnole. Au moment de nos réunions le temps semble toujours trop court. C'est alors que nous recevons la semence qui nous fait travailler. Je n'ai pas besoin de dire que nous revenons toujours avec plaisir à Paris, qui fut le berceau de la F. D. I. »

8° M. van der Hoeven (Hollande) :

« Au nom du Nederland Tandsk Genotschap et du Nederland Tandmeestersvereeniging, j'ai l'honneur de vous adresser nos salutations cordiales.

» Il s'est passé en Hollande dans ces derniers temps deux événements que vous apprendrez avec intérêt. Le premier, c'est que le nouveau bâtiment de l'Ecole dentaire d'Utrecht est presque fini ; il sera pourvu de tout ce qui est nécessaire pour donner une bonne instruction dentaire et pourra contenir environ 150 élèves.

» Le second événement d'importance, c'est que le Comité national d'hygiène de la F. D. I. a fondé une Société pour combattre les effets de la carie dentaire dans le peuple. Le Comité national a su obtenir l'assistance de quelques hautes personnalités qui ont bien voulu prêter leurs noms pour faire de la propagande à cet effet dans toute la Hollande.

» Je remercie la Fédération dentaire nationale française de son excellent accueil et j'espère que cette session de la F. D. I. sera tout aussi fructueuse que les précédentes. » *(Applaudissements.)*

9° M. Guerini (Naples) :

« Au nom des confrères italiens et en particulier du conseil sanitaire de la ville et de la province de Naples, j'apporte nos salutations et nos souhaits pour les travaux de la session.

» Les Italiens sont très reconnaissants de ce que fait la F. D. I. pour le bien de la profession, car tous en Italie aspirent au plus grand idéal. Malheureusement nous n'avons encore rien fait, car nous avons la guerre des stomatologistes ; toujours on présente de

nouveaux projets d'enseignement dentaire, qui n'aboutissent jamais, soit parce que les Ministres changent, soit parce que les Commissions ne travaillent pas.

» Je donne ces mauvaises nouvelles dans l'espoir qu'elles finiront par émouvoir l'opinion et qu'on se décidera à faire quelque chose, ce qui me permettrait l'an prochain de vous en donner de meilleures. »

10° M. LENHARDTSON (Stockholm) :

« Comme représentant de la Suède, je me permets de féliciter la F. D. I. à sa 10e session.

» Ainsi que vous le savez peut-être, la Suède s'intéresse vivement aux questions dentaires. Dès 1893 fut constitué le premier comité pour l'inspection des dents des élèves des écoles. Maintenant nous comptons vingt et une cliniques pour le traitement des dents des enfants pauvres des écoles, et le Gouvernement a organisé le traitement préliminaire des dents des soldats de vingt régiments.

» Cette année le roi de Suède a accepté le patronage de la Commission d'hygiène de la F. D. I. Le 2 février a été créée l'*Association nationale suédoise d'hygiène buccale*, qui est présidée par le gouverneur de Stockholm et dans les rangs de laquelle on compte beaucoup des principaux membres du Conseil médical et du Conseil d'enseignement.

» Toutefois, ce n'est là qu'un commencement. Peut-être pensez-vous que, comme secrétaire de la Commission d'hygiène, je veux exagérer l'importance de celle-ci si je répète ce que j'ai dit dans ma communication de l'été dernier au Congrès de Berlin : « Ce que nous autres chirurgiens-dentistes, nous faisons dans notre spécialité au profit de la santé publique, ce n'est pas seulement ce qu'il est de notre devoir de faire, mais c'est aussi le meilleur moyen d'élever notre situation sociale. »

11° M. SIFFRE (Paris), au nom du Comité local :

« Au nom de l'Association odontotechnique, je présente nos souhaits de bienvenue aux représentants étrangers. Je remercie M. Francis Jean d'avoir su réunir une assistance aussi nombreuse.

» Si la France a été le berceau de l'art dentaire avec Fauchard, il y a beaucoup d'œufs qui sont éclos à l'étranger. Nous devons tous être unis pour le bien de la profession et en France nous avons l'avantage d'avoir un groupement odontologique bien organisé. Autour de notre art dentaire se trouve la science, si bien personnifiée aujourd'hui par un de ses plus éminents représentants.

» Nous avons le plaisir de recevoir les étrangers avec l'esprit d'internationalisme le plus sincère. » *(Applaudissements.)*

12° M. BARRIÉ (Paris), au nom du Comité Horace Wells :

« Notre président, M. Quincerot, un peu souffrant, m'a prié, en qualité de secrétaire général, d'accord avec le Comité de l'œuvre du

monument « Horace Wells », de venir vous convier à l'inauguration du monument, qui aura lieu dimanche, à 10 h. 1/2, place des Etats-Unis.

» D'autres voix plus autorisées que la mienne, M. le professeur Dastre, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine, M. Jenkins, président de l'American Dental Club, nous diront ce que furent la vie, l'œuvre et la grande découverte de notre illustre confrère, la découverte de l'anesthésie chirurgicale. Horace Wells mérite bien ce titre qu'on lui a donné de « Bienfaiteur de l'Humanité ».

» Pour des motifs d'ordre scientifique, nous avons associé à son nom celui de Paul Bert en plaçant sur le socle le médaillon de ce grand savant.

» Afin de perpétuer le souvenir de cet homme de bien, des confrères français, sans d'autres titres que leur honorabilité professionnelle, ont formé un comité d'initiative, et, grâce à l'appui qu'ils ont trouvé auprès des pouvoirs publics, des ministres, des savants, de leurs confrères français et étrangers, ils ont pu mener à bien l'œuvre entreprise.

» Les odontologistes français ont donné ainsi une nouvelle marque d'estime et de sympathie à leurs confrères d'Amérique, et se sont honorés eux-mêmes en glorifiant l'un des leurs. » (*Applaudissements.*)

M. le prof. Dastre prononce ensuite le discours que nous publions page 292.

La séance est levée à midi.

IV

CONSEIL EXÉCUTIF

Première séance (25 mars).

Présidence de M. W. B. Paterson, président.

La séance est ouverte à 2 h. 1/2, à l'hôtel des Sociétés savantes.

Sont présents : MM. Aguilar (Madrid), Campion (Manchester), Christensen (Copenhague), Chiavaro (Rome), Godon (Paris), Grevers (Amsterdam), Guerini (Naples), Guy (Edimbourg), Guye (Genève), Harrison (Brighton), Francis Jean (Paris), Jessen (Strasbourg), Mummery (Londres), Kirk (Philadelphie), Rosenthal (Bruxelles), Roy (Paris), Siffre (Paris), Valenzuela (Séville), G. Villain (Paris), ainsi qu'un certain nombre de membres des Commissions.

Le président communique des lettres d'excuses de MM. Avanzi (Vérone), du Bouchet (Paris), Förberg (Stockholm), Hielscher (Cologne), Hopewell-Smith (Londres), Römer (Strasbourg), Smith-Housken (Christiania), Schaeffer-Stückert (Francfort-sur-le-Main), Walkhoff (Munich), Weiser (Vienne), Whittaker (Manchester).

M Guy, secrétaire adjoint, faisant fonctions de secrétaire général,

donne lecture du rapport de M. Schaeffer-Stückert, secrétaire général, qui est mis aux voix et adopté.

M. Rosenthal, trésorier, donne lecture de son rapport et conclut en demandant la nomination de trésoriers adjoints et la passation aux profits et pertes des cotisations antérieures à 1909.

M. Aguilar rappelle qu'il a été décidé précédemment qu'un membre de chaque pays du Conseil exécutif se chargerait de recouvrer les cotisations dans son pays. Le moyen le plus simple serait d'encaisser directement en tirant une traite sur les membres par l'intermédiaire d'une banque. Pour ces motifs il n'appuie pas la proposition de M. Rosenthal de nommer des trésoriers adjoints, mais il approuve l'autre proposition.

M. Roy dit que les cotisations des membres du Conseil exécutif sont plus strictement exigibles, parce que ceux-ci sont informés de leur nomination, et du moment qu'ils ont accepté cette fonction, ils doivent en remplir les obligations. Quant aux membres adhérents, aux membres des Commissions, leur cotisation n'est peut-être pas aussi logique, en raison du caractère parfois temporaire de leur nomination seulement durant une session, d'autant que M. Paterson, dans son discours d'ouverture, a recommandé d'élargir les cadres des Commissions. Si donc l'on peut se montrer rigoureux à l'égard des premiers, il est difficile de l'être à l'égard des seconds.

M. Godon approuve la proposition de renoncer aux cotisations antérieures à 1909. Quant au recouvrement des cotisations postérieures, il est inutile de nommer des trésoriers nationaux, puisqu'il y en a déjà ou que, à leur défaut, c'est le président de chaque fédération nationale qui se charge de ce recouvrement.

En ce qui concerne les adhérents réguliers, suivant assidûment les sessions, il y a lieu de leur demander leur cotisation; mais pour les adhérents libres, la cotisation doit être facultative, parce que plus il y de membres mieux cela vaut.

Sous le bénéfice de cette observation, le rapport de M. Rosenthal est mis aux voix et adopté.

Le président propose de nommer MM. Campion, Van der Hœven et Roy vérificateurs des comptes. — *Adopté.*

M. Guy rappelle qu'il n'agit que comme suppléant de M. Schaeffer-Stückert ; il a préparé en cette qualité un compte rendu de la session de Berlin en anglais, dont il remet des exemplaires aux membres.

M. G. Villain dit que, comme secrétaire de la session de Berlin, il a préparé un compte rendu en français, dont les exemplaires sont attendus d'un moment à l'autre ; il signale de légères différences dans les deux comptes rendus.

M. Guy présente une liste de candidats demandant leur admission dans la F. D. I.

M. G. Villain rappelle que MM. Huet (Bruxelles), G. Robin (Paris), Freeman (Besançon) sont également candidats.

M. Godon demande l'admission de M. Siffre (Paris).

Toutes ces admissions sont prononcées.

Le président remet à M. Rosenthal un chèque pour la cotisation des délégués anglais et M. Godon la cotisation des délégués français au Conseil exécutif.

Le président rappelle qu'il y a lieu de nommer la Commission d'hygiène.

M. Lenhardtson, membre de cette Commission, demande qu'elle comprenne aussi les services dentaires de l'armée et de la marine.

Le président répond que cela est déjà fait.

M. Jessen demande l'adjonction à la Commission de deux vice-présidents : MM. Potter (Boston) et Christensen (Copenhague).

Le président propose un troisième vice-président : M. Donnally (Washington).

M. Jessen accepte la proposition. — Les trois nominations sont prononcées.

M. Godon propose M. Siffre comme vice-président français.

M. Jessen demande que MM. Donnally et Siffre soient vice-présidents d'une sous-section de la Commission : celle des services dentaires de l'armée et de la marine. — *Adopté.*

Il propose également M. Steffen (de Cuxhaven) comme secrétaire de cette sous-commission. — *Adopté.*

M. Guy propose que la Commission d'hygiène ne se fonde pas avec celle des services dentaires de l'armée et de la marine, mais en soit distincte.

M. Guye appuie la proposition.

M. Godon trouve préférable de laisser la direction des deux Commissions au moins pendant quelques années, à M. Jessen, qui est très actif ; il demande qu'on vote sur ce point.

M. Cunninhgam, membre de la Commission d'hygiène, demande qu'on laisse à M. Jessen le soin de désigner les vice-présidents.

Le président rappelle les termes de la proposition Guy.

M. Lenhardtson dit que les deux questions sont trop connexes pour être séparées.

La proposition de M. Guy est mise aux voix et repoussée.

M. Roy appuie la proposition de M. Godon, qui est adoptée.

M. Aguilar propose d'adresser un télégramme de remercîments au roi de Suède, qui a accepté le patronage de la Commission d'hygiène.

M. Lenhardtson dit que le télégramme sera bien accueilli.

La proposition est adoptée.

Le président demande si la Commission d'enseignement doit être

nommée dans la présente session. — L'assemblée répond affirmativement.

M. Aguilar propose de charger une sous-commission de trois membres de présenter le lendemain une liste de noms pour constituer la Commission.

M. G. Villain appuie la proposition de nomination d'une sous-commission, mais demande que celle-ci examine la constitution des Bureaux des Commissions et qu'on ne procède pas tout de suite à la nomination des présidents. — *Adopté.*

MM. Aguilar, Roy et G. Villain sont désignés.

M. Aguilar dépose une motion tendant à la nomination d'une Commission pour élaborer un code de déontologie.

M. Godon dit qu'elle existe déjà : c'est celle de législation.

M. Aguilar voudrait une Commission spéciale de déontologie.

MM. Cunningham et Freeman combattent la proposition. La Commission est inutile et serait dans une situation fâcheuse, si se avis n'étaient pas suivis.

M. Aguilar dit qu'il ne s'agit pas d'imposer une ligne de conduite aux dentistes, mais de leur faire simplement des recommandations.

Le président rappelle que la F. D. I. est un corps consultatif.

M. Guy dit qu'il s'agit uniquement d'établir les principes généraux sur lesquels chaque praticien doit baser sa conduite, en en recommandant l'observation.

La proposition est renvoyée à la Commission de Jurisprudence.

Le président demande si l'assemblée veut nommer la Commission de terminologie. — L'assemblée répond affirmativement.

M. Harrison propose M. Grevers comme président. — *Adopté.*

M. Godon demande que toutes les Commissions qui existaient antérieurement soient renommées telles qu'elles étaient.

Le président propose que les trois commissaires désignés quelques instants auparavant fassent le lendemain un rapport à cet égard. — *Adopté.*

Il demande à l'assemblée si celle-ci veut nommer d'autres Commissions. — La réponse est négative.

Il procède à l'appel des membres du Conseil exécutif, qui va siéger comme jury pour l'attribution du prix Miller, donne lecture de lettres de MM. Förberg, Schaeffer-Stückert et Weiser, qui proposent M. Röse (Dresde) pour le prix Miller, et déclare qu'il ne lui a pas été indiqué d'autres noms.

M. Aguilar demande à lire les règles d'après lesquelles le prix Miller sera attribué. — *Adopté.* — Il en donne lecture.

Le président remercie M. Aguilar d'avoir fait imprimer ces règles dans les quatre langues officielles de la F. D. I.

M. Mummery propose également M. Röse, qui se consacre depuis 25 ans à l'hygiène dentaire.

M. Francis Jean dit que la F. D. N. française propose en première ligne M. Godon et en deuxième ligne (dans l'ordre alphabétique) MM. Black, Brophy, Choquet, Delair, Galippe, Jessen, Claude Martin, Mummery, Röse, Roy, Siffre, Taggart, Walkhoff.

M. Godon fait connaître qu'il a déclaré à la F. D. N. ne pouvoir accepter le prix Miller. Il considère que ce prix doit être attribué non pas à une seule personne, mais à la F. D. I. elle-même ou bien, sous forme de médailles, à tous ceux de ses membres qui ont travaillé depuis dix ans au progrès de la profession. Il ajoute qu'en ajournant à deux ans l'attribution à une individualité, les intérêts à offrir seraient plus élevés.

Le président répond qu'il vaut mieux ne pas l'attribuer du tout, plutôt que de le décerner à une collectivité ; mais que le Congrès de Berlin a décidé qu'il fallait le décerner.

M. Campion propose également M. Röse.

Le président dit que M. Röse se trouve aussi sur la liste de la F. D. N. française.

M. Aguilar expose les titres des divers candidats : M. Black a consacré sa vie à la science odontologique ; M. Röse est aussi très méritant ; M. Guerini a fait un grand travail de recherches pour son histoire de l'art dentaire ; M. Godon est un des fondateurs de la F. D. I., il a fait beaucoup pour la profession dentaire ; M. Claude Martin est un prothésiste éminent.

M. Guerini. — Puisque M. Godon, dans sa modestie, a voulu faire rayer son nom de la liste des candidats au prix Miller, je désire dire quelques mots concernant M. Black. Sans doute, cet homme illustre, par ses mérites que tout le monde connaît et dont a déjà parlé M. Aguilar, mérite mille fois le prix Miller. Il est notre père dans la profession, et, en raison de son âge très avancé, il convient de lui donner le prix cette année, parce que l'année prochaine ce pourrait être trop tard, et nos regrets ne pourraient aucunement réparer notre ingrat et inexcusable ajournement.

Le président demande s'il y a d'autres noms et si l'assemblée veut voter pour une personne, pour deux ou pour plusieurs.

M. Francis Jean dit qu'en présence du refus de M. Godon la F. D. N. française propose M. Black.

M. Roy demande que le prix soit attribué à une seule personne.

M. Campion demande l'ajournement de l'attribution au lendemain pour que les jurés aient le temps de la réflexion.

Le président le combat en répondant qu'ils ont eu tout le temps de réfléchir depuis le Congrès de Berlin, c'est-à-dire depuis

août 1909. Il demande à nouveau si l'assemblée veut voter pour une, pour deux ou pour plusieurs personnes.

La proposition d'attribuer le prix à une seule personne est mise aux voix et adoptée.

M. Siffre demande si M. Godon est candidat, puisque sa proposition est repoussée.

M. Godon considère de son devoir de ne pas accepter ; il se considère comme suffisamment honoré par le choix de la F. D. N. française.

M. G. Villain demande que l'examen seul des candidatures ait lieu à cette séance, le vote étant renvoyé au lendemain, l'ordre du jour ne faisant mention que de l'examen des candidatures et portant pour le lendemain seulement l'attribution du prix lui-même.

M. Roy regrette que tous les pays n'aient pas fait comme la F. D. N. française et dressé une liste de présentation. Il serait bon de réfléchir d'abord et de voter ensuite. Il demande également que le prix soit accordé dans une session, mais que la remise au lauréat ne soit opérée qu'à la session suivante dans la séance d'ouverture. Il appuie la proposition de M. Campion, soutenue également par M. G. Villain.

M. Guy la combat. Elle est inscrite à l'ordre du jour de la séance et le lendemain plusieurs membres peuvent être absents.

La proposition de M. Campion, mise aux voix, est repoussée.

Le scrutin est ouvert. MM. Guy et Rosenthal sont nommés scrutateurs.

M. Black obtient 12 voix ; M. Röse 7 voix.

M. Black est élu aux acclamations unanimes des membres du Conseil exécutif.

M. Aguilar demande que M. Kirk soit chargé de télégraphier la nouvelle à M. Black. — *Adopté.*

M. Kirk remercie du grand honneur fait à son pays.

M. Campion demande, au nom du Comité national de la Grande-Bretagne, qu'une Commission soit nommée pour faire un rapport au Conseil exécutif de 1911 sur la procédure à suivre dans l'attribution du prix Miller à l'avenir.

M. Guy donne lecture d'une proposition du Miller Dental Club de Berlin sur l'admission des membres dans les Congrès internationaux.

M. Aguilar l'appuie et en demande le renvoi au comité d'organisation du prochain Congrès dentaire international (Londres 1914) avec l'approbation de la F. D. I. — *Adopté.*

M. Jessen fait une communication sur l'action de la Commission d'hygiène depuis le Congrès de Berlin.

M. Godon appelle l'attention de la F. D. I. sur l'œuvre accomplie par M. Jessen depuis sa nomination à la présidence de cette Commission, œuvre résumée dans son rapport. M. Jessen entreprend

de fonder dans chaque pays un Comité national d'hygiène. Le travail de cette Commission peut jeter une véritable gloire sur la Fédération.

La séance est levée à 5 h. 1/2.

Deuxième séance (26 mars).

Présidence de M. PATERSON, président.

La séance est ouverte à 2 h. 1/2 de l'après-midi à l'Hôtel des Sociétés savantes.

Sont présents : MM. Aguilar, Christensen, Chiavaro, Godon, Grevers, Guerini, Guy, Guye, Harrison, Francis Jean, Jessen, Mummery, Kirk, Rosenthal, Roy, Siffre, Valenzuela, G. Villain, ainsi qu'un certain nombre de membres des Commissions.

LE PRÉSIDENT communique un télégramme de salutations de M. Walkhoff (Munich).

M. QUARTERMAN (Bruxelles) demande l'admission comme membre régulier du *Dispensaire dentaire de Bruxelles*. — *Adopté*.

M. MUMMERY présente un rapport sur la proposition Campion déposée la veille, tendant à la nomination d'une Commission pour faire un rapport au Conseil exécutif de 1911 sur la procédure à suivre dans l'attribution du prix Miller à l'avenir. Il donne un avis favorable. — La proposition est adoptée.

M. ROY demande que le prix Miller soit remis solennellement à la séance d'ouverture suivant la session dans laquelle il aura été attribué.

M. GUY propose l'envoi par la poste, recommandé, du diplôme et du prix.

M. AGUILAR combat la proposition et propose de confier la remise du prix à un membre du Conseil exécutif du pays du lauréat ou à l'agent diplomatique de ce pays. Le prix Nobel est remis ainsi.

M. LENHARDTSON fait observer que le lauréat du prix Nobel est tenu de venir à Stockholm.

M. GODON n'est pas d'avis qu'on fasse attendre le lauréat un an ou même deux pour lui remettre son prix, ni qu'on le fasse venir ; il voudrait qu'on chargeât de cette remise la F. D. N. de son pays.

LE PRÉSIDENT est d'avis de ne pas établir de règle à cet égard.

M. GUY dit que M. Black serait heureux de venir lui-même.

M. HARRISON demande qu'on laisse à M. Black le choix de ce qu'il veut faire.

LE PRÉSIDENT informe que M. Röse a donné sa démission d'administrateur du fonds Miller et que le Comité des administrateurs a nommé à sa place M. Weiser (Vienne).

M. AGUILAR rend compte du dépôt des fonds à la Deutsche Bank (Berlin), de la situation financière quant au prix Miller et demande que les sommes souscrites, mais non encore versées, soient envoyées

le plus tôt possible. Il rappelle que la signature des cinq administrateurs a été enregistrée et que celle de deux d'entre eux est nécessaire pour le retrait. Il ajoute que le Comité américain n'a pas encore fait son versement.

Le président informe que M. Röse a remis à M. Weiser les fonds qu'il avait entre les mains et que M. Chiavaro a aussi des fonds à verser. Il propose d'annoncer dans les journaux dentaires que M. Aguilar est secrétaire-trésorier de la fondation Miller et qu'il a qualité pour recevoir les souscriptions.

Le rapport de M. Aguilar est mis aux voix et approuvé.

M. Godon demande qu'on laisse au Comité des cinq administrateurs la décision à prendre sur le modèle et les dimensions de la médaille et du diplôme. — *Adopté.*

M. Jessen rend compte des décisions prises par la Commission d'hygiène dans sa séance du matin, et qui sont les suivantes :

1° La Commission présentera chaque année un rapport à la F. D. I. sur son action ;

2° Un représentant de la Société des dentistes scolaires (School dentists' society) sera délégué au Comité national anglais ;

3° Dans chaque pays le Comité national d'hygiène se mettra en rapports avec la ligue contre la tuberculose ;

4° Les fabricants des tableaux muraux et de la brosse à dents devront abandonner 10 o/o pour le fonds de la Commission ;

5° La Commission demandera une subvention au fonds Rockfeller ;

6° Des délégués officiels seront nommés pour le Congrès d'hygiène scolaire (Paris, août 1910).

Ces décisions sont mises aux voix et ratifiées.

Le président propose que MM. Jessen, Lenhardtson, Christensen et Siffre représentent la F. D. I. à ce Congrès. — *Adopté.*

M. Aguilar demande d'y ajouter M. Amoëdo, qui sera délégué officiel du Gouvernement espagnol. — *Adopté.*

M. Guy fait connaître que la Commission d'enseignement a nommé, dans sa séance du matin, M. Brophy, président d'honneur, M. Kirk, président, MM. Aguilar, Cryer, Guy, Francis Jean, Walkhoff, Weiser, vice-présidents, M. Roy, secrétaire, MM. Campion et G. Villain, secrétaires adjoints.

Elle a décidé que le président fera l'an prochain un discours inaugural qui servira de base à la discussion du programme des diverses branches d'enseignement.

MM. Aguilar, Grevers, Guy, Roy, Walkhoff ont été chargés d'un rapport sur leurs pays respectifs pour l'an prochain, et M. Godon a été chargé d'un rapport sur l'unification des titres habilitant à la pratique par le titre de docteur en chirurgie dentaire.

M. Kirk a lu un rapport sur l'Association des facultés dentaires des Universités américaines.

Les diverses résolutions de la Commission d'enseignement sont mises aux voix et ratifiées.

M. Godon propose de renommer toute la Commission d'hygiène.

M. Roy demande que toutes les Commissions existantes continuent d'exister.

M. Aguilar est d'avis de renommer toutes les Commissions en y ajoutant quelques noms.

Le président dit que dans ce cas il faut se référer aux listes publiées dans le compte rendu de Bruxelles.

Il est décidé de renommer toutes les Commissions telles qu'elles figurent dans ce compte rendu, avec adjonction pour la Commission d'hygiène des cinq noms choisis la veille : MM. Potter, Christensen, Donnally, Siffre et Steffen et, pour la Commission d'enseignement, de M. G. Robin, proposé par celle-ci. — *Adopté.*

M. Rosenthal présente le rapport des vérificateurs des comptes, concluant à leur approbation. — *Adopté.*

Il donne lecture d'un rapport sur la Commission de terminologie, qui est approuvé.

Le président propose que la prochaine session de la F. D. I. ait lieu à Londres en août 1911. — *Adopté.*

Sur la demande de M. Rosenthal, M. Huet, de Bruxelles, est admis comme membre de la F. D. I.

MM. Huet, Quintin et Rosenthal sont nommés délégués au Congrès de bibliographie à Bruxelles (1910).

M. Aguilar annonce qu'une Fédération médicale internationale va se constituer à La Haye sur le modèle de la F. D. I.

La séance est levée à 4 heures.

V

COMMISSION D'HYGIÈNE

Séance du 26 mars 1910.

Présidence de M. Jessen, président.

La séance est ouverte à 11 heures du matin à l'Hôtel des Sociétés savantes.

Sont présents : MM. Anthony, Brooks, Christensen, Cunningham, Davy, Freeman, Godon, Grevers, Guerini, Guy, Francis Jean, Jenkins, Johnston, Kirk, Lenhardtson, Morris Stewart, Peacock, Roy, Siffre, Van der Hoeven, G. Villain, Wallis, Williams.

Le président souhaite la bienvenue à ses collègues, les remercie de leur présence et donne lecture d'un rapport dans lequel il expose le rôle de la Commission, son but, le travail qu'elle doit accomplir, et qui se termine par les six propositions suivantes :

1° La Commission d'hygiène sera tout à fait indépendante et

présentera chaque année un rapport à la F. D. I. sur son action ;

2° Un représentant de la Société des dentistes scolaires (School dentists' Society) sera délégué au Comité national anglais;

3° Dans chaque pays le Comité national d'hygiène se mettra en rapports avec la ligue contre la tuberculose ;

4° Les fabricants des tableaux muraux et de la brosse à dents, devront abandonner 10 o/o pour le fonds de la Commission ;

5° La Commission demandera une subvention au fonds Rockfeller ;

6° Des délégués officiels seront nommés pour le Congrès d'hygiène scolaire (Paris, août 1910).

M. Cunningham remercie M. Jessen de son rapport, du travail qu'il a accompli, la Commission n'ayant rien fait auparavant pendant quelques années. La Commission prépare la voie sur laquelle on doit opérer. Il propose de voter des remerciements à M. Jessen pour la tâche qu'il a accomplie. — *Adopté.*

M. Godon estime qu'il n'est pas exact de dire que la Commission n'a rien fait auparavant ; il rappelle le rapport de M. Frank, de Vienne, à Stockholm en 1902 et les travaux de la Commission sous la présidence de M. Bryan, de Bâle, depuis; mais il est incontestable que M. Jessen lui a imprimé une activité considérable.

M. Jessen remercie. Il propose que la Commission ait un représentant dans le Comité national de chaque pays. — *Adopté.*

La première des six propositions du rapport portant que la Commission d'hygiène doit être *tout à fait indépendante* et présenter seulement chaque année un rapport à la F. D. I. sur son action, M. Godon estime que cette indépendance absolue n'est pas acceptable.

M. Cunningham fait connaître que M. Jessen consent à la suppression des mots *tout à fait indépendante.*

M. Van der Hoeven appuie la présentation d'un rapport annuel.

M. Godon ajoute que d'ailleurs toutes les résolutions doivent être soumises au Conseil exécutif de la F. D. I.

La deuxième proposition portant qu'un membre de la Société des dentistes scolaires sera délégué au Comité national anglais, le président dit qu'il ne s'agit là que d'une recommandation. — La recommandation est approuvée.

Le président recommande à la F. D. I. de prendre part au Congrès d'hygiène scolaire.

Les six résolutions par lesquelles se termine le rapport sont mises aux voix et approuvées sous ces réserves.

Il est donné lecture d'un rapport de M. Förberg sur ce qui a été fait en Suède en matière d'hygiène.

M. Cunningham propose des remerciements pour MM. Jessen, Lenhardtson et Christensen, qui ont accompli un grand travail. — *Adopté.*

Le PRÉSIDENT remercie de l'intérêt porté à son œuvre et promet de faire tout son possible pour que la Commission rende des services.

La séance est levée à midi 1/2.

VI

COMMISSION D'ENSEIGNEMENT

Séance du 26 mars 1910.

La séance est ouverte à 11 h. 1/2 du matin.

M. Roy, au nom de la Commission de préparation de la constitution des Commissions, expose la nécessité de reconstituer la Commission et, regrettant l'absence de M. Brophy qui, pendant dix ans sans interruption, a présidé avec tant d'autorité à ses travaux, propose la nomination de M. Brophy comme président d'honneur. — Adopté.

Il propose ensuite d'élire M. Kirk président; cette proposition est votée par acclamation.

M. Kirk prend la présidence et soumet au vote la proposition de la Commission indiquant M. Roy comme secrétaire. — Cette nomination est unanimment approuvée.

Le PRÉSIDENT prononce ensuite une courte allocution. Après avoir remercié les membres de l'avoir choisi pour présider leurs travaux, il dit qu'il est heureux de prendre ce poste à Paris, « la ville de l'éducation intellectuelle », près de cette place où l'on peut apprécier la grandeur du caractère français, lorsque,examinant la statue du révolutionnaire Danton, on lit ces mots : « Après le pain, le premier besoin du peuple est l'instruction ».

Il fait ensuite remarquer que deux Commissions occupent dans la Fédération une place prépondérante grâce aux travaux qu'elles doivent toujours fournir : la Commission d'hygiène, la Commission d'enseignement. Cette dernière est pour lui la plus importante, il y consacrera tous ses efforts.

Après avoir fait l'éloge de M. Brophy, il assure qu'il fera tout son possible pour suivre l'exemple de son prédécesseur à la présidence.

M. G. Villain demande que l'on constitue tout de suite la Commission en nommant des représentants nationaux.

M. Guy propose de demander à chaque comité national une liste proportionnelle de membres devant le représenter au sein de la Commission.

Il pense que l'on doit tout de suite établir le programme des travaux ; il rappelle le travail fourni par la Commission précédente : adoption du programme maximum et du programme minimum ; il ne croit pas que l'on doive les revoir, mais plutôt y chercher les sujets ou parties de sujet à mettre à l'étude.

M. Kirk pense qu'on ne peut faire mieux que de continuer l'œuvre

entreprise ; le programme est établi, il faut en poursuivre l'exécution.

M. Godon propose d'examiner les détails que comportent les programmes adoptés (travaux à exécuter, leur ordre d'enseignement, nombre d'heures à consacrer à chacun d'eux) ; il propose également de mettre à l'ordre du jour l'unification du titre.

M. Guy propose que l'on mette à l'étude l'enseignement technique de la prothèse.

M. Roy appuie les propositions et propose l'ordre suivant : méthode d'enseignement, nombre et nature des travaux pratiques, organisation des programmes techniques avec ordre des opérations à exécuter. Il pense que l'on pourrait commencer par la prothèse ou la dentisterie opératoire et qu'il serait bon de consulter le professorat dentaire, un rapport étant demandé par exemple aux professeurs des écoles sur leurs méthodes d'enseignement.

M. Paterson croit aussi que le moment est venu d'étudier les méthodes d'enseignement. Il esquisse les difficultés nombreuses que va rencontrer dans la mise à exécution de ce programme la F. D. I., chaque école défendant sa méthode. Il pense que l'on doit traiter les questions à un point de vue très élevé.

M. Kirk dit qu'il faut négliger les détails, laisser de côté les procédés particuliers et n'envisager que les méthodes pédagogiques.

M. Godon rappelle que la F. D. I. n'est pas un jury, elle ne décide pas, c'est un corps consultatif international qui examine et recommande une méthode, sans l'imposer. Il propose de mettre à l'étude pour la prochaine session les méthodes pédagogiques d'une branche.

M. Rosenthal dit que l'éducation préliminaire a été traitée dans les sessions précédentes ; reste l'éducation professionnelle pour laquelle il semble logique de procéder d'abord à la fixation des méthodes.

M. Paterson propose qu'un, deux ou trois membres, suivant l'importance du pays, soient délégués pour faire un rapport sur les méthodes pédagogiques en usage dans ce pays, ce rapport devant être présenté à la prochaine session.

M. Guy estime que c'est le travail de cinq années de la Commission d'enseignement qu'il s'agit de préparer, il demande que le président veuille bien l'an prochain prononcer une adresse sur les méthodes pédagogiques dentaires (partie de l'enseignement à son choix) ; il pourrait demander à deux ou trois membres de traiter une partie spéciale du sujet, il indiquerait le rapport et choisirait les rapporteurs.

M. Kirk demande que la proposition de M. Guy soit complétée par celle de M. Roy (consultation des professeurs). — Ces deux propositions réunies sont adoptées.

M. Paterson propose qu'on nomme immédiatement les rapporteurs. — *Adopté.*

MM. Aguilar, Grevers, Guy, Kirk, Roy, Walkhoff sont nommés.

M. Paterson propose que chaque rapporteur adresse son mémoire à M. Kirk, président, qui devra fournir un rapport global à la prochaine réunion de la Commission.

Il est décidé que les rapports partiels devront être adressés au président avant le 31 mars 1911.

M. G. VILLAIN demande que l'on complète le bureau de la Commission.

MM. Aguilar, Cryer, Guy, Francis Jean, Walkhoff, Weiser sont élus vice-présidents ; MM. Campion, G. Villain secrétaires adjoints.

M. G. VILLAIN propose de maintenir la liste des membres de la Commission dans le statu quo jusqu'à ce que les comités nationaux aient adressé leur liste, s'ils désirent modifier leur représentation ; mais demande l'adjonction de M. G. Robin, de Paris. — *Adopté.*

M. G. VILLAIN rappelle la proposition de M. Godon sur l'unification du titre, il appuie cette proposition et demande qu'on formule un vœu.

M. PATERSON pense que l'heure n'est pas encore venue d'unifier le titre, il dit qu'en Angleterre notamment cela serait actuellement plus gênant qu'utile.

M. GODON fait remarquer que dans de nombreux pays, au contraire, un vœu de la F. D. I. aiderait à atteindre le but poursuivi ; il rappelle que ce vœu fut émis par la section d'enseignement du Congrès de Berlin ; c'est, dit-il, une formule à trouver qui puisse aider les uns sans entraver les autres.

M. ROY appuie et demande l'adoption de la motion.

M. PATERSON ne croit pas que la question ait été suffisamment discutée, il n'a pas eu connaissance du vœu émis à Berlin, il voudrait que la discussion s'ouvrît avant d'émettre un vœu, il propose de passer à l'ordre du jour.

M. ROSENTHAL pense qu'il serait préférable d'unifier d'abord le type de l'enseignement avant le titre ; lorsque ces deux unifications seront faites, il n'y aura plus qu'un pas à faire pour discuter le droit d'exercice international.

Il combat la proposition de M. Paterson, demande que l'on nomme un rapporteur et que la question figure à l'ordre du jour de la prochaine session. M. Godon accepte cette proposition qu'il appuie.

M. ROY propose M. Godon comme rapporteur.

M. PATERSON retire sa proposition ; celles de MM. Rosenthal et Roy sont adoptées.

M. KIRK fait un rapport sur l'organisation de la « Dental faculties Association of American Universities », un exemplaire de l'organisation de cette ligue et de ses statuts est déposé sur le bureau.

La séance est levée à 1 h. 15.

Le secrétaire adjoint,
GEORGES VILLAIN.

INAUGURATION DU MONUMENT HORACE WELLS

Le 27 mars a eu lieu place des Etats-Unis (côté de l'avenue d'Iéna) l'inauguration du monument Horace Wells sous le patronage du Président du Conseil, Ministre de l'Intérieur, des Ministres des Affaires étrangères et de l'Instruction publique, de l'Institut, Académie des sciences) et de M. le sénateur Gérente, maire du XVIe arrondissement.

Un temps splendide a favorisé cette belle manifestation : dans l'assistance fort nombreuse, nous avons remarqué Mme Clayton, fille du regretté M. Paul Bert, remplaçant Mme veuve Paul Bert qui n'avait pu se rendre à la cérémonie, M. le délégué du Ministre de l'Intérieur, M. Georges Berry, député, M. Gérente, sénateur et maire du XVIe arrondissement, M. Laurent, représentant M. le Préfet de la Seine, M. le professeur Dastre, de l'Institut, représentant l'Académie des sciences, M. Dausset, ancien président du Conseil municipal, M. Jenkins, président de l'American Dental Club of Paris, M. Paterson, président de la Fédération dentaire internationale, M. Godon, directeur de l'Ecole dentaire de Paris, M. Francis Jean, président de la F. D. N. et de l'Association générale des dentistes de France, les délégués étrangers, M. Thomas, président du Cercle odontologique, etc.

A dix heures et demie, M. Quincerot, président du Comité, prit la parole. Après avoir adressé des remerciements aux personnages officiels, à ses collaborateurs, à tous les confrères étrangers et nationaux venus à la cérémonie, il retraça à grands traits la vie d'Horace Wells ; puis fit à M. Miniot, vice-président du Conseil municipal représentant la ville de Paris, remise du monument. Aux sons de l'hymne américain joué par la musique militaire, le voile tomba, en laissant voir la belle œuvre du sculpteur Bertrand-Boutée avec le médaillon du grand savant Paul Bert sur la face latérale droite de l'embase du monument. Deux gerbes de fleurs furent déposées au pied de la statue par M. Subirana (de Madrid) et M. Guerini (de Naples).

Le discours de M. Jenkins, au nom des dentistes américains, fut salué de la Marseillaise.

Ce fut un véritable régal pour l'assistance d'entendre le magistral discours de M. le professeur Dastre : avec l'autorité qui s'attache à son nom il traça de main de maître l'historique de l'anesthésie chirurgicale, en faisant à Horace Wells la part qui lui revenait dans cette découverte. Ce discours, où perçait le souci de la vérité historique et scientifique, fut salué d'applaudissements frénétiques, et ce sera pour



Monument HORACE WELLS

Inauguré place des États-Unis, le 27 mars 1910.

les lecteurs de *L'Odontologie* une véritable joie d'en prendre connaissance en entier.

Plusieurs allocutions furent prononcées : par M. Miniot, vice-président du Conseil municipal, qui remercia le comité du don du monument fait à la ville de Paris, par M. Berry, député, par M. Godon, directeur de l'Ecole dentaire de Paris, par M. Francis Jean, représentant l'Association générale des dentistes de France, par des délégués des pays étrangers, notamment par le professeur Jessen, qui, au nom des dentistes allemands, a apporté à Horace Wells l'hommage de la science odontologique allemande ; par M. Subirana qui a dit en substance : « Nous glorifions un martyr de la science qui a doté l'humanité d'une découverte prodigieuse pour la soulager et qui n'en a retiré de son vivant que l'injustice et la raillerie » ; enfin par M. Thomas, président du Cercle odontologique de France.

Cette cérémonie prit fin à midi et demi.

Qu'il me soit permis, en terminant ce court résumé, de complimenter l'un de ceux à qui l'on doit une bonne part de la réussite de cette belle manifestation : M. Geo. A. Roussel, trésorier de l'œuvre, qui voudra bien, je l'espère, excuser mon indiscrétion en cette occurrence.

BARRIÉ,
Secrétaire général de l'Œuvre du monument Horace Wells.

DISCOURS DE M. LE PROFESSEUR DASTRE

J'ai l'honneur de prendre la parole au nom de l'Académie des sciences, qui m'a délégué pour la représenter à cette cérémonie qui intéresse à un très haut degré la science physiologique, la pratique médicale et l'histoire même de l'invention scientifique.

L'insensibilisation — la suppression complète, bien que temporaire de la faculté de souffrir, — l'anesthésie en un mot — a été découverte par l'homme dont nous honorons la mémoire en inaugurant ce buste. Il se nommait Horace Wells. Il exerçait la profession de chirurgien-dentiste dans une petite ville du Vermont, à Hartford. Est-il besoin de souligner, après tous les discours que vous venez d'entendre et la notice de M. Quincerot, est-il besoin de souligner, dis-je, l'importance d'un tel événement, et de recommencer, avec le récit de cette éclatante découverte, l'énumération de

ses avantageuses conséquences ? L'anesthésie n'a pas seulement révolutionné la pratique de l'art dentaire, elle a transformé la chirurgie, dont elle a facilité le merveilleux essort ; ses bienfaits sont tels que son apparition mérite d'être saluée, non seulement comme un facteur du progrès médico-chirurgical, mais, d'une manière générale, comme une notable amélioration de la condition humaine. A ce point de vue l'année 1844, qui l'a vu naître, est une date lumineuse dans l'histoire de notre temps, et son auteur est un bienfaiteur de l'humanité.

Payons-lui donc un juste tribut de reconnaissance. Payons-le-lui après sa mort, puisqu'il n'en a pas joui de son vivant.

La vie de Wells est celle de l'inventeur malheureux, c'est-à-dire de l'homme méconnu, qui se voit contester la propriété de son œuvre, et qui se croit dépouillé par des rivaux et des ennemis déloyaux. Le récit de ses déceptions, de ses luttes, de ses revendications, si douloureux si l'on ne songe qu'à l'homme enthousiaste et malheureux que fut Wells, offre, à un autre point de vue, un intérêt profond pour l'histoire de la science, et particulièrement pour l'histoire de l'invention scientifique.

Pour cette invention de l'anesthésie, en effet, comme il est arrivé pour d'autres, la matérialité de l'intervention de l'auteur échappe à la prise : la nouveauté rigoureuse du fait s'évanouit et se dissipe lorsqu'on veut la prouver. Les contradicteurs de Wells ont prétendu qu'il n'avait saisi que le fantôme, la fausse image de l'anesthésie et non l'anesthésie elle-même. On a dit encore que son rôle a consisté, moins dans la mise au jour d'un fait nouveau, — ce qui est la caractéristique de l'invention en général, — particularité secondaire dans l'observation que d'autres avaient aperçue avant lui au cours d'une expérience banale, détail qu'ils avaient relevé, puis qu'ils avaient laissé tomber.

Il y a quelque chose de spécieux dans ce jugement. Il est vrai que tout n'était pas nouveau dans la découverte de Wells. Wells, en effet, produisait l'anesthésie en faisant respirer le protoxyde d'azote. Or, le protoxyde d'azote était

connu depuis longtemps, et bien des fois il avait été inhalé et respiré.

Soixante-huit ans auparavant, en 1779, le célèbre Priestley en avait appris la préparation aux chimistes. Et en 1799, Humphrey Davy l'avait inhalé et fait inhaler à d'autres personnes autour de lui. Ces expériences n'étaient point restées inaperçues ; au contraire, elles avaient un retentissement considérable dans le monde savant, et pendant trente ans avaient joui d'une véritable vogue. Davy, à la suite de la respiration de ce gaz, avait éprouvé un sentiment de bien-être inexprimable qui se résolvait quelquefois dans une agitation pleine de gaieté, d'où le nom de gaz hilarant, *laughing gas,* donné au protoxyde d'azote. Et d'autres fois, par le même chemin agréable, le patient arrivait à perdre conscience de lui-même et du monde extérieur. Cette perte du sentiment, c'était un état bien près de l'anesthésie. Mais Davy a été plus loin : le pas qui restait à faire, il l'a fait. Il a écrit quelque part ces mots : « Le protoxyde d'azote paraît jouir de la propriété d'abolir la douleur. On pourrait l'utiliser en chirurgie. » Mais il ne l'utilisa pas lui-même. Son génie l'entraînait sur d'autres routes. Les études s'arrêtèrent, malgré les promesses de cette déclaration, le silence se fit peu à peu, interrompu seulement par la coutume plus ou moins persistante de répéter de temps à autre, dans les cours de chimie ou dans des réunions d'étudiants, des inhalations de protoxyde d'azote.

C'est à une réunion de ce genre qu'Horace Wells eut la bonne fortune d'assister, le 10 décembre 1844, à Hartford. Dans la soirée de ce jour, le conférencier G. Colton donnait aux messieurs et aux dames de la ville une sorte de séance de chimie récréative et amusante qui se termina, selon la coutume, par la répétition des expériences de Davy sur le protoxyde d'azote. C'est ce soir-là que naquit l'anesthésie : elle est née de l'étonnement qui s'est produit dans le cerveau d'Horace Wells en voyant un de ses voisins, Samuel Colley, extraordinairement agité par l'inhalation, se heurter et se meurtrir aux bancs et aux chaises au point de saigner

abondamment et déclarer, toutefois, au même moment et ensuite qu'il n'en avait ressenti aucun mal.

Wells fut extrêmement frappé de ce fait. Pour la première fois il avait devant les yeux « *le blessé qui ne souffre point !* » La douleur était supprimée ! Ce fut un trait de feu dans l'esprit de Wells, qui en fut illuminé pour la vie. Le protoxyde d'azote lui apparut comme l'agent rêvé, comme l'anesthésique idéal !

Cette vérité, qui s'était présentée mollement et d'une manière un peu vague à l'esprit d'Humphrey Davy et de ses contemporains, s'offrit à Wells avec une extrême intensité et une évidence lumineuse.

C'est dans l'ardente conviction de la possibilité du fait, dans la certitude de l'avoir réalisé et dans les expériences que ces sentiments lui suggérèrent, que consiste la découverte de l'anesthésie par Wells.

On a dit que « *découvrir* » c'est quelquefois repenser avec force une pensée déjà pensée ; c'est s'approprier une vérité par l'énergie de son affirmation ; c'est enfin et surtout réaliser par l'acharnement de la poursuite quelqu'un de ces fantômes que le savant ou le dilettante de l'idée pure a entrevus dans les limbes de la possibilité.

Ce fut bien le cas pour Wells. L'idée de l'insensibilisation, presque incertaine chez Humphrey Davy, que celui-ci avait en quelque sorte laissée tomber, apparut à lui, Wells, avec une clarté éblouissante.

Il essaya aussitôt de la réaliser. Vous le savez, c'est sur lui-même qu'il fit l'épreuve, en se faisant extraire une dent sous l'influence du gaz de Davy. Ayant réussi, il devint le propagateur infatigable de l'anesthésie dentaire par le protoxyde d'azote.

C'était une grande hardiesse de croire à l'opération sans douleur, dans un temps où les princes de la chirurgie, Velpeau en tête, venaient de déclarer que la poursuite de l'insensibilisation était une utopie ou une chimère.

Cette hardiesse, Horace Wells l'a eue ; il a cru et a fait croire à l'insensibilisation absolue et prolongée, sans pou-

voir toutefois lui-même la prolonger au delà de quelques instants.

Il est bien celui qui, délibérément, s'est inscrit, le premier, contre la fatalité de la douleur. L'agent auquel il avait recours, le gaz hilarant, n'était pas le meilleur ; il n'importe. Le branle une fois donné, on devait en trouver d'autres ! On en trouva d'autres en effet, presque aussitôt, et d'autres qui étaient irréprochables, l'éther et le chloroforme. Deux ans ne s'étaient pas écoulés depuis la mémorable soirée de Hartford que Morton et Jackson faisaient connaître les vertus de l'éther. La première opération sous l'éther était pratiquée par Morton le 30 septembre 1846.

Le 8 mars 1847 Flourens faisait connaître à l'Académie des sciences de Paris le chloroforme.

Alors commença pour Horace Wells le long calvaire des inventeurs malheureux, la vie douloureuse qui devait finir dans la baignoire où il s'ouvrit les veines.

Il n'était plus question du protoxyde d'azote. L'anesthésie, c'était l'emploi de l'éther ou du chloroforme. Le protoxyde d'azote ne procurait pas l'anesthésie véritable, il ne pouvait permettre sans danger d'asphyxie les longues insensibilisations nécessaires aux opérations de la chirurgie, mais seulement les courtes anesthésies répondant aux besoins des dentistes. Les chirurgiens américains n'ont pu, en effet, le faire servir à des opérations de longue haleine que grâce à un pénible artifice consistant à produire une série d'anesthésies brèves et intermittentes séparées par des phases de sensibilité.

La tâche à laquelle Horace Wells s'est usé consistait à améliorer le mode d'emploi du protoxyde d'azote, de manière à prolonger l'insensibilisation et à faire du gaz azoté le rival et le succédané du chloroforme et de l'éther, c'est-à-dire un anesthésique vrai. — Wells échoua dans ses tentatives. La tâche était au-dessus de ses forces : elle n'était pourtant pas au-dessus des ressources de la science. — De notre temps en effet, Paul Bert, l'illustre physiologiste, qui a tant d'autres titres à l'admiration du monde savant, a

fourni une démonstration décisive de la vertu anesthésique vraie du protoxyde d'azote et même de sa supériorité théorique sur l'éther et le chloroforme ; et c'est pour cela que, sur le monument dû au ciseau d'un éminent artiste, le médaillon de Paul Bert semble soutenir la figure d'Horace Wells.

Paul Bert a vu pourquoi l'effort du malheureux inventeur était condamné à la stérilité.

Le protoxyde d'azote est irrespirable et les inhalations du gaz pur entraînent l'asphyxie, qui débute au bout de quelques secondes. Et d'autre part, pour que son action insensibilisatrice puisse se produire, il faut l'offrir au maximum de concentration, c'est-à-dire pur, aux poumons : dilué avec l'air, il est excitant et ne fait qu'émousser la sensibilité. En un mot le protoxyde pur anesthésie, mais il asphyxie ; s'il est mélangé, il n'asphyxie pas, mais il n'insensibilise plus.

C'est un dilemme où H. Wells était resté enfermé, mais d'où Paul Bert est élégamment sorti.

Par un artifice ingénieux, la compression, il est arrivé à compenser l'effet de la dilution, et il a pu constituer un mélange gazeux ayant les propriétés insensibilisatrices du protoxyde pur et contenant la quantité d'oxygène nécessaire à la respiration. Il a produit l'anesthésie durable sans asphyxie en faisant respirer à l'opéré un mélange de cinq volumes de protoxyde et d'un volume d'oxygène amené à une pression supérieure de 15 centimètres à la pression atmosphérique. Les résultats ont été admirables. Les difficultés pratiques, l'usage d'une chambre opératoire sous pression, ont seules empêché le procédé d'être universellement adopté et de se substituer au chloroforme et à l'éther.

Mais, au point de vue théorique, la méthode de Paul Bert est la justification du rêve d'Horace Wells. Paul Bert a fait du protoxyde d'azote l'égal et le rival heureux des deux anesthésiques typiques. C'est donc l'anesthésie véritable qu'avait trouvée Horace Wells, le savant américain est bien l'inventeur de l'anesthésie ; avant lui, l'insensibilisation

prolongée n'était qu'un rêve généreux ; c'est par lui et avec lui qu'elle a existé.

Vous pouvez par conséquent, messieurs les membres de la Fédération dentaire, glorifier en toute sécurité de conscience votre héros, dont la gloire retombe en considération sur votre savante, honorable et utile corporation. *(Applaudissements.)*

DISCOURS DE M. QUINCEROT

Président du Comité d'initiative de l'Œuvre du monument *Horace Wells.*

Au nom du Comité de l'Œuvre du monument *Horace Wells*, j'ai l'honneur de souhaiter la bienvenue à toutes les personnes présentes, à tous nos invités.

J'adresse dès maintenant l'expression de notre dévouée reconnaissance aux membres du Gouvernement qui ont daigné nous accorder leur haut appui et plus particulièrement à M. le président du Conseil des Ministres, à M. le Ministre des Affaires étrangères, qui ont bien voulu, malgré une récente décision du Conseil par laquelle aucun d'eux ne devait prendre part ou se faire représenter en cette période électorale à aucune cérémonie, transgresser quand même cette règle et nous honorer de leur haute considération par la présence parmi nous de leurs distingués chefs de cabinet. Ceci en raison du caractère vraiment scientifique et humanitaire de notre cérémonie.

Je remercie également l'Académie des sciences en la personne de l'un de ses plus éminents membres, M. le professeur Dastre, dont la renommée est universelle dans le monde scientifique. Sa présence parmi nous ne sera pas sans rehausser l'éclat de cette apothéose, qui marquera une étape de plus dans la voie du progrès et de la civilisation.

A M. l'ambassadeur des États-Unis, qui se trouve également à nos côtés à titre officieux, nous devons de sincères sentiments de gratitude. Puisse cette manifestation à laquelle il va assister, dont il rendra certainement compte à son Gouvernement, resserrer encore les liens étroits qui unissent d'amitié l'Amérique à la France !

Ont droit aussi à notre reconnaissance les membres du Comité de patronage pour le concours moral qu'ils ont apporté à notre œuvre par leur personnalité mondiale ou scientifique.

Aux souscripteurs nous devons tout le succès de cette cérémonie, car, sans leur généreux élan, notre bonne volonté eût été entravée.

A Mme veuve Paul Bert, qui a bien voulu nous autoriser à associer le nom de son illustre époux à celui d'Horace Wells, à tous du fond du cœur merci !

Il me reste à exprimer ma gratitude personnelle à tous mes collaborateurs et puis, sans aucune restriction,

à mon enthousiaste confrère Schwartz (de Nîmes) qui m'a chaleureusement engagé à donner suite à l'idée de glorification que j'avais émise ;

à M. Paul Vasseur, directeur du *Monde dentaire*, qui, en me donnant l'hospitalité de ses colonnes, m'a permis de la réaliser ;

à tous : Membres du Comité d'initiative, Délégués de sociétés, Directeurs d'écoles dentaires, Présidents d'associations professionnelles ou de sociétés confraternelles, Sénateurs, Députés, M. le Préfet de la Seine, Conseillers municipaux, Membres de la presse et notamment MM. Huart, Dausset, Georges Berry et Etienne pour leur précieux concours.

Dût leur modestie en souffrir, je dois un tribut de plus à mes très dévoués collaborateurs :

Le Dr Geo. A. Roussel, notre distingué trésorier, qui s'est acquitté de façon particulièrement brillante de sa tâche ardue, grâce à l'étendue de ses bonnes relations interprofessionnelles faites toutes de haute sympathie, qui est allé de son plein gré, il y a deux ans, au Congrès de Wiesbaden pour parler en faveur de notre œuvre et rallier à notre cause tant de concours, sans omettre toutefois qu'il a mis une grande partie de son temps et de ses influences à notre service [1] ;

Nos distingués vice-présidents, MM. Levett et Barrié (ce dernier secrétaire général actuel), qui, par leur assiduité ininterrompue aux nombreuses séances du Comité, ont concouru pour une large part à notre réussite ;

Mon très actif et infatigable confrère Léger-Dorez (secrétaire général à la fondation) qui, par la droiture de son caractère et la conviction soutenue de ses sentiments loyaux, pénétré dès le début de l'élévation du noble but que nous poursuivions, s'est en maintes cir-

---

1. C'est justement à cette occasion que le Dr Roussel, confiant dans sa bonne étoile, avait donné rendez-vous à ses collègues à Paris en 1910 à l'occasion du Congrès de la Fédération, sans s'inquiéter outre mesure si notre actif statuaire serait prêt et si les formalités administratives seraient résolues — son admirable élan, dont il est coutumier d'ailleurs, a été exaucé — mais, à vrai dire, c'était un tour de force à accomplir. Vous voyez, messieurs, nous n'avons point failli à la parole donnée.

Aussi est-ce pour cela que nous sommes réunis en cette belle matinée de Pâques, peu propice cependant à des manifestations de ce genre, pour la bonne raison qu'étant un grand jour de fête, les hautes personnalités qui seraient venues, à côté de celles qui nous honorent de leur présence, ont déjà franchi à cette heure les murs de notre belle capitale pour aller se reposer aux champs de la vie intensive à laquelle nous sommes assujettis quotidiennement. Aussi, je vous laisse à supposer quelle somme de reconnaissance nous devons aux personnes qui sont parmi nous, ayant fait ainsi abstraction de leurs préférences.

constances multiplié pour assurer la réalisation de notre belle manifestation. C'est un sceptique, mais un ami de la vérité;

Le Dr Jenkins, président de l'American Dental Club of Paris ;

Le Dr Godon, directeur de l'Ecole dentaire de Paris;

M. Francis Jean, président de l'Association générale des dentistes de France ;

M. Thomas, président du Cercle odontologique ;

M. Subirana, président de la Société odontologique espagnole ;

M. le Dr Siffre ;

A tous enfin merci !

J'ai intentionnellement réservé M. Bertrand-Boutée, statuaire du monument, artiste distingué au talent vigoureux et réaliste qui, à l'aide d'une simple photogravure, a su reproduire de si heureuse façon les traits de celui que nous glorifions. La figure de Wells a notamment une expression de vitalité absolue, qui fait sortir cette œuvre d'art de la banalité dont sont habituellement accompagnées les figures ancestrales dont on cherche à perpétuer le souvenir. Bravo ! mon cher statuaire, vous avez mérité nos félicitations. Puissent ces éloges vous confirmer dans votre talent et vous inspirer pour de nouveaux chefs-d'œuvre!

Je ne veux pas abuser des instants de l'assistance et je termine ici la tâche agréable qui consiste à reconnaître les dévouements. Ceux que j'aurais oubliés voudront bien m'excuser.

(Puis M. Quincerot retrace en quelques mots la vie et l'œuvre de Wells et de Paul Bert et termine ainsi :)

Voilà messieurs un exposé biographique sommaire de ces deux génies bienfaisants enlevés trop tôt l'un et l'autre à leurs recherches scientifiques. Une chose cependant au milieu de ces regrets n'est pas pour me déplaire : c'est de voir au milieu de vous les descendants de l'un d'eux, Paul Bert, que je salue respectueusement. Oui ! je suis heureux de les voir assister à cette apothéose qui symbolise le *monument de l'anesthésie chirurgicale* envers laquelle l'humanité entière doit être reconnaissante.

D'ailleurs ils étaient faits pour servir d'exemple aux générations futures, car Wells est mort pour la science, Paul Bert pour sa patrie.

Salut à vous, pionniers du progrès! Vous appartenez maintenant à la postérité.

Au nom du Comité, j'ai l'honneur de remettre le monument Horace Wells à la ville de Paris.

Par déférence pour l'Académie des sciences, qui a bien voulu nous accorder son haut patronage et se faire représenter par l'un de ses plus éminents membres, j'ai l'honneur de prier M. le professeur Dastre de bien vouloir me remplacer à la présidence. *(Applaudissements.)*

DISCOURS DE M. S. JENKINS

Au nom de toutes les branches de la médecine américaine et au nom du peuple américain, j'ai l'honneur de remercier la France généreuse de cette nouvelle preuve de son inviolable attachement à ses grandes traditions.

Elle a été le véritable foyer de la science et de l'art, et c'est de ce centre de la vie intellectuelle de l'Europe que s'est propagé cet esprit rayonnant qui a profondément influencé tous les mouvements d'élévation et d'amélioration de l'humanité.

Ce fut le mérite d'Horace Wells d'avoir remarqué que les agents mis en contact avec les surfaces pulmonaires produisent un effet beaucoup plus soudain et beaucoup plus profond que quand ils sont introduits dans l'organisme par d'autres méthodes. C'est de cette découverte considérable que sont nées les diverses modifications pour la production de l'anesthésie générale, qui, répandues maintenant dans le monde entier, suivant le mot d'Olivier Wendell Holmes, permettent au couteau du chirurgien de traverser les eaux de l'oubli.

Ce fut le mérite de la médecine française de reconnaître la première l'originalité et le mérite de cette grande découverte et de réconforter les derniers jours si tristes de Wells par l'expression de son admiration et de sa sympathie.

C'est le mérite de la France noble et hospitalière d'élever aujourd'hui un tribut durable à la mémoire de ce grand bienfaiteur de l'humanité et d'affirmer une fois de plus à la vérité immortelle que la science et la philanthropie ne sont pas l'apanage d'une seule nation, mais sont la gloire et le patrimoine sacré de l'humanité tout entière. *(Applaudissements.)*

DISCOURS DE M. GODON

Au nom de l'Ecole dentaire de Paris, je suis heureux de venir féliciter le Comité de la pensée qu'il a eue d'élever un monument à Horace Wells et je le remercie d'avoir permis à un représentant de cette école de se joindre à lui pour commémorer un des grands hommes de notre profession, qui est en même temps un des plus grands bienfaiteurs de l'humanité.

Il ne m'appartient pas de vous retracer ici ce qu'a été et ce qu'a fait Horace Wells : des voix plus autorisées que la mienne — parmi elles, celle du professeur Dastre, que nous avons l'honneur de voir présider cette cérémonie au nom de l'Académie des sciences — ont justement célébré son œuvre et les services qu'il a rendus en trouvant le moyen non seulement d'atténuer, mais même de supprimer la souffrance.

Comme le rappelait Paul Bert, en 1884, il était de toute équité que l'anesthésie chirurgicale, découverte par un dentiste, appartînt aussi aux dentistes; elle leur était due et c'est pour cela que la loi du 30 novembre 1892 l'accorde aux chirurgiens-dentistes français, de même que la plupart des législations étrangères l'accordent à ces praticiens dans les autres pays. Grâce à cet important attribut, qui revenait à nos confrères et par droit de conquête et par droit de naissance, le dentiste est ainsi non seulement un technicien et un prothésiste, mais il est également un anesthésiste.

Comme toutes les découvertes, celle de l'anesthésie chirurgicale s'est perfectionnée: de générale, l'anesthésie est devenue locale et les dentistes, par leur expérience de tous les instants, ont aussi contribué puissamment à cette transformation. Les nombreux anesthésiques locaux dont la thérapeutique s'enrichit chaque jour, nous les employons quotidiennement dans nos cabinets, dans nos cliniques et dans nos dispensaires, au grand profit de nos patients et de la sûreté même de nos opérations, et cette pratique constante nous donne ainsi la possibilité d'essayer et de contrôler le caractère de ces agents et d'en augmenter la liste, suivant nos besoins.

Dois-je vous dire que l'Ecole dentaire de Paris n'a pas attendu ce légitime hommage rendu à une grande illustration scientifique pour célébrer, elle aussi, la découverte d'Horace Wells et en perpétuer le souvenir? Depuis plusieurs années déjà une décision de notre Conseil d'administration a donné le nom d'Horace Wells à la clinique d'anesthésie qui fonctionne dans notre dispensaire, faible et modeste tribut de reconnaissance, d'admiration et de réparation de notre Groupement envers un grand homme, trop longtemps méconnu! C'est pour cette raison que l'Ecole dentaire de Paris est heureuse de pouvoir s'associer à une manifestation plus grandiose, à un hommage public plus solennel. C'est pour cette raison que, encore une fois, au nom de l'Ecole dentaire de Paris, je vous remercie et je vous félicite, messieurs les membres du Comité, et en particulier notre confrère M. Quincerot, à qui en revient l'initiative, d'avoir songé à ériger un monument à Horace Wells dans notre grande capitale, si accueillante pour les étrangers, si aimée et si visitée par eux, en présence des représentants des pouvoirs publics venus pour consacrer et célébrer officiellement une gloire purement dentaire, dont nous avons tout sujet de nous enorgueillir.

Ce monument avait sa place tout indiquée parmi nous; son absence paraissait une sorte d'oubli d'un des plus grands noms de l'histoire scientifique. L'oubli est réparé: honneur à jamais à Horace Wells! *(Applaudissements.)*

DISCOURS DE M. FRANCIS JEAN

Après les paroles éloquentes et autorisées que vous venez d'entendre, tout nouveau discours me semble superflu. Je n'en prononcerai donc pas, je me bornerai à dire que la Fédération dentaire nationale française, d'une manière générale, et l'Association générale syndicale des dentistes de France, en particulier, dont j'ai l'honneur d'être le président et au nom desquelles je parle, s'associent de grand cœur à l'hommage rendu à Horace Wells.

En lui élevant ce monument on répare presque un oubli. Je félicite donc le Comité de son initiative et je le remercie d'avoir convié les sociétés dentaires à cette cérémonie de glorification d'un chirurgien-dentiste.

Je suis heureux que le Comité ait, dans une certaine mesure, mêlé à cette manifestation le nom du savant Paul Bert, en lui consacrant un médaillon. Il a voulu rappeler ainsi le grand rôle joué par cet homme éminent dans les progrès réalisés en anesthésie et rappeler surtout qu'il fut un des premiers à encourager les dentistes français à fonder des écoles dentaires et à revendiquer pour eux, comme leur appartenant en propre, l'anesthésie chirurgicale découverte par Horace Wells que nous célébrons aujourd'hui. L'inauguration de ce monument est une fête pour la profession dentaire et je me réjouis que vous m'ayez invité à y assister et à y prendre part comme représentant de groupements professionnels. Je vous en exprime en leur nom toute ma gratitude. *(Applaudissements.)*

DISCOURS DE M. A. THOMAS

En perpétuant le souvenir des deux savants symbolisés par cette pierre, l'art dentaire international et les sciences médicales étroitement unis devant ces deux figures ajoutent une belle page au livre d'or de la cause humanitaire.

Dans cet élan unanime et officiel de reconnaissance, les praticiens ont conscience de la somme de gratitude qu'ils doivent à ces deux hommes.

Pour l'art dentaire en particulier, les jeunes, s'ils sont fiers de l'auréole scientifique qui plane sur leur profession, n'oublient pas que c'est à leurs aînés qu'ils doivent la mise au point des problèmes complexes dont se compose leur art ; Horace Wells fut un de ces chercheurs, gloire à son nom !

C'est aux jeunes d'aujourd'hui qu'incombera la mission d'instruire la génération prochaine sur la vie et l'œuvre de celui que nous glorifions ce matin.

Le Cercle odontologique de France, qui personnifie dans la profession dentaire cette jeunesse scientifique, a tenu à apporter, lui aussi, à cette cérémonie commémorative les gages de sa juvénile admiration et de son inébranlable reconnaissance envers celui qui dota l'humanité et le monde médical du riche trésor de l'anesthésie. *(Applaudissements.)*

RÉUNION DE L'AMERICAN DENTAL SOCIETY OF EUROPE

(PARIS, 25-28 MARS 1910).

Par W. HIRSCHFELD.

Le succès considérable de ce Congrès s'explique par plusieurs raisons : à côté de causes accidentelles, un séjour dans la plus belle ville du monde, les efforts extraordinaires d'un Comité local désireux d'offrir des distractions variées, et, il faut le dire bien haut, l'organisation ou plutôt l'administration de la Société américaine, si bien ordonnée que tout converge vers un seul but : faire quelque chose pour l'avancement de la profession en faisant abstraction absolue de toutes tendances personnelles. En se réunissant une fois par an les membres sont assurés d'avance de pouvoir profiter d'idées nouvelles et, dans cette pensée, la seule juste, d'emporter un nouvel élan vers la perfection. C'est pour cela que la grande Société américaine a acquis une réputation qui la place dans une situation réellement privilégiée, sinon enviée.

Le Congrès de cette année, à l'Hôtel Continental, a été ouvert par le président, M. QUINTERO (Lyon), devant une assemblée de 70 membres, renforcée par une trentaine de visiteurs de divers pays d'Europe.

Le programme, malgré quelques défections très regrettées, a tenu toutes ses promesses (et au delà) ; il se divisait en trois parties bien distinctes :

1° Communications intéressant la pratique courante ;

2° Communications avec projections d'un caractère plutôt scientifique ;

3° Démonstrations et cliniques pratiques.

C'est tout d'abord M. KELSEY (Marseille) qui a lu un plaidoyer en faveur de la « dentisterie honnête ».

Inutile de dire que cette communication a eu les honneurs d'une discussion très étendue.

M. PORTUONDO (Madrid) a parlé du traitement des dents mortes. Bien que ce sujet soit présenté à nouveau presque à chaque réunion, il reste toujours le sujet de prédilection pour la discussion. M. Portuondo, dans des cas d'abcès non ouverts (blind abscess), est d'avis d'ouvrir l'alvéole chaque fois qu'une suppuration intérieure se manifeste au foramen apical.

M. HIRSCHFELD (Paris) combat cette idée. Il pense que la nature indique franchement les cas où l'ouverture de l'alvéole est indispen-

sable en établissant « la fluxion ». Pour lui, la fluxion non seulement montre la nécessité du percement de l'os, mais en même temps fixe l'endroit précis où cette intervention chirurgicale doit se faire.

Pour les cas où une simple suppuration existe, il est d'avis d'entreprendre la guérison uniquement par la voie du foramen avec la méthode de Buckley (trikrésol-formaline).

M. Kritchewsky (Paris) a lu une étude très intéressante au sujet de son traitement de la pyorrhée avec le fluorure d'ammonium (d'après Head, de Philadelphie). Il a réussi à obtenir une poudre de cette matière qui, introduite profondément dans les poches avec des sondes en platine, amène assez rapidement une amélioration, sinon la guérison définitive.

Cette communication a été suivie de la présentation de plusieurs malades traités selon cette méthode avec un succès indiscutable.

Le prof. Sachs (Berlin) a intéressé l'auditoire par sa présentation de bridges terminés par des inlays. En voici un court résumé :

Les bridges montés aux deux extrémités par de simples inlays n'offrent aucune stabilité. Il faut qu'un des deux inlays soit fixé dans la racine par un pivot. Comme cas type il prend le remplacement des deux bicuspides supérieures entre deux dents voisines tout à fait intactes. Après la dévitalisation de la canine et la fermeture du foramen, il élargit la racine pour un pivot en platine iridié fixé à un inlay pratiqué dans la partie linguale de la canine. Dans la molaire il en fait un autre comprenant la surface mésio-occlusale.

Dans cet inlay s'ajuste un éperon qui termine le bridge à cet endroit. Cet éperon doit être soudé au bridge de façon à reposer simplement dans la rainure pratiquée dans l'inlay. Le bridge est donc cimenté dans la cavité de la canine et reste appuyé dans la molaire. De cette manière, on obtient une solidité et une stabilité à toute épreuve.

Cette opinion n'est pas partagée par tous, notamment par M. Will. Davenport (Paris), qui craint pour la solidité de ce genre de travail.

M. Hirschfeld reproche à ces bridges la difficulté de la technique, limitant leur emploi à une partie restreinte de la profession.

M. Solbrig (Paris) est plutôt d'avis de construire des bridges dans le sens contraire, c'est-à-dire en faisant l'ancrage fort dans la molaire dévitalisée et l'appui dans un inlay enchâssé dans la canine.

M. Jenkins nous a intéressés beaucoup par sa description d'un pont du bas tout en porcelaine. L'éminent spécialiste de ce genre de travaux est fermement convaincu que rien n'égale la porcelaine pour l'intérieur de la bouche. On reproche généralement à cette matière *le manque de résistance ;* c'est une erreur, dit-il, « puisque avec une solide armature en platine iridié, tout danger de cassure est exclu ». En outre, il veut combattre l'idée de se trouver en présence de dif-

ficultés de construction plus grandes qu'avec les bridges en or ; un peu de pratique fera paraître les bridges en porcelaine plus faciles même à faire que les autres. Plusieurs confrères, notamment M. W. Davenport, prennent part à la discussion.

Les communications avec projections étaient assez nombreuses.

M. Anéma (Paris) nous a prouvé que la ligne correcte de la figure humaine est due principalement à une denture régulière et appuie son dire par des photographies de patients avec leur denture redressée scientifiquement. Il termine sa communication très applaudie par une série de projections présentant des figures classiques (comme la Vénus de Milo) pour nous montrer « la ligne idéale ».

M. Solbrig nous a intéressés énormément avec une nouvelle idée au sujet de la conservation ou plutôt de la préservation des fissures des dents.

Elle consiste à remplir les fissures des premières et secondes molaires (à leur éruption) avec de l'oxyphosphate de cuivre. Des photographies très claires ont illustré cette méthode, qui a été discutée par MM. L. Mitchell, Webster, C. Boedecker, Spring.

M. Younger (Paris) nous a montré une série de projections au sujet de sa manière de redresser les dents par la ligature de soie.

M. Kirk, le célèbre rédacteur en chef du *Dental Cosmos*, a été vivement acclamé pour son essai sur l'historique de l'art dentaire.

C'est M. Cunningham qui lui a répondu avec sa verve et son humour habituelles.

M. Boedecker (Berlin) a fait une communication fort intéressante au sujet des couleurs dans les coupes microscopiques. Les projections par lesquelles il a illustré ses recherches ont été chaleureusement applaudies.

M. Abbott (Berlin) a lu une étude fort applaudie au sujet des améliorations effectuées dans les rayons X ; les projections qu'il nous a fait voir étaient remarquables de précision et de clarté.

Le grand succès du meeting s'est manifesté dans les démonstrations pratiques et les cliniques ; grâce à une installation merveilleuse dans la cour vitrée de l'Hôtel Continental, celle-ci a été transformée en une véritable école dentaire, rappelant, avec ses fauteuils et ses rangées de tables d'atelier celle de l'Ecole dentaire de Paris.

Là, tous les praticiens ont été à leur aise pour développer largement leurs opérations.

Parlons d'abord de celles pratiquées sur le patient même.

M. Spaulding (Paris) a exécuté dans la cavité distale d'une bicuspide supérieure une obturation en reconstituant les contours avec un mélange d'or et d'étain en feuille. Ce mélange — assez difficile à manipuler — donne une solidité absolue à l'obturation et préserve surtout le bord gingival contre une récidive de carie.

M. Younger a démontré pratiquement la supériorité de la ligature en soie pour le prompt redressement des dents.

C'est notre grand Delair qui a eu les honneurs de la journée en nous présentant plusieurs patients dont les malformations palatines ont été rectifiées par cet ingénieux praticien avec ses appareils de prothèse immédiate pour symphyse du pharynx.

Il a fait les présentations suivantes :

Trois sujets ont été présentés opérés par les docteurs E. Kœnig, Lermoyez, Grossard et G. Laurens. Chez le premier, petite fille de 8 ans opérée il y a un an, le pharynx artificiellement obtenu paraît normal, l'enfant respire bien par le nez et ne nasonne pas en parlant, elle dort bouche fermée. Chez le second sujet opéré (jeune fille) depuis dix-sept jours, l'appareil, parfaitement toléré, a fait sa place et le pharynx s'élargit de jour en jour ; les caoutchoucs du mécanisme sont changés tous les cinq jours, ils assurent l'écartement progressif des piliers, tandis que l'appareil articulé imite les trois mouvements simultanés ou alternatifs du voile et des piliers.

L'appareil a été décrit dans *L'Odontologie*, les *Archives de laryngologie*, le *Dental Cosmos*, le *New-York Herald Medical*.

Le troisième cas porte, pour s'y accoutumer, la plaque de rétention sur laquelle sera fixé, au moment de l'opération qui sera faite incessamment, le chariot mobile articulé qui supportera les écarteurs des piliers.

L'appareil doit être porté jusqu'à ce que l'épidermisation soit achevée, c'est-à-dire environ dix semaines.

La symphyse du pharynx chez les spécifiques, quoique rare, a été observée une douzaine de fois par M. Delair et aussi de nombreux cas lui ont été signalés.

Cinq appareils de ce genre ont été appliqués par lui depuis un an.

Voile à clapet pour :

1° Fissurés congénitaux (simples, complexes) ;

2° Voiles trop courts à la suite de staphylorraphie.

Même mécanisme articulé réunissant le voile artificiel en caoutchouc mou à la pièce palatine.

Les mouvements d'élévation du voile pendant l'articulation des mots et pendant la déglutition sont assurés par l'extension et le raccourcissement alternatifs d'une rondelle en caoutchouc à redressement fixée à la fois sur les deux pièces de l'appareil. Ainsi le clapet vient au moment voulu s'appliquer contre le constricteur supérieur du pharynx, l'occlusion nasale produite assure l'émission correcte des sens articulés.

Le clapet doit avoir les mêmes dimensions que le cavum nasal. Pour chaque sujet il faut choisir clapet et voile assortis aux dimensions de la fissure.

M. Kirk s'est intéressé à ces présentations et a fait observer que non seulement sans appareil les sujets parlaient très mal, mais encore que, les muscles de leur visage suppléant, par l'articulation des sons, certains muscles staphyliens, il en résultait une série de grimaces, de plissements du nez, des joues, du front et des lèvres très désagréables à voir. Avec l'appareil Delair ces phénomènes disparaissent et la parole devient normale. Le clapet peut être placé à tout âge ; M. Delair en a appliqué chez des enfants de 5 ans aussi bien qu'à des quadragénaires.

Du côté des essais pratiques il faut mentionner M. Solbrig qui a expérimenté devant nous une nouvelle matière à faire des modèles. Cette matière prend la dureté de la pierre et permet de couler l'or directement dessus, sans que le feu puisse altérer sa consistance, ce qui est très important pour souder directement des parties en or qui finissent les bridges, etc., etc. D'après l'avis du professeur Sachs, cette matière peut être de grande utilité pour nos travaux de prothèse moderne.

M. Réal a fait avec son four à vide des essais qui ont eu le don d'exciter particulièrement la curiosité de l'assistance. Il faut convenir du reste que ce principe de coulage basé sur le retrait de l'obstacle classique — l'air — est peut-être, à l'heure actuelle, le seul principe rationnel. C'est probablement encore à cette condition que M. Réal arrive à couler avec sûreté toutes ses pièces munies de dents en porcelaine sans crainte de les voir fendues par la pression de l'or en fusion.

A la table voisine a été exhibé un nouveau four électrique (genre Mitchell), imaginé par M. Field (Londres).

Cet inventeur a construit un moufle intérieur en « silicate », qui, en somme, représente un moufle en verre. Ce four a été chauffé à près de 1.500° cent. M. Field a versé même des gouttes d'eau dedans et aucune cassure ne s'est produite.

Il se peut que ce nouveau genre de revêtement réalise l'idéal du four électrique : le four *incassable*.

Pour la même raison, il faut mentionner la cupule, construite également en silicate, destinée à dérocher sur le feu les pièces métalliques dans l'acide. M. Field a mis la cupule *vide* sur une forte flamme de Bunsen et cela pendant longtemps sans arriver à détériorer ou faire éclater le verre.

M. Strom (Landau) a fait quelques expériences pratiques de coloration des dents en porcelaine.

Dans ce but, il s'est servi de toute une palette de couleurs (comme le peintre) pour reproduire fidèlement tous les pigments, toutes les décolorations des dents humaines en les vitrifiant instantanément dans un four électrique. Cette méthode a été très appréciée, parce qu'elle peut rendre de sérieux services aux praticiens qui recherchent le côté artistique de notre profession.

M. HENRY WEBER (Paris) a fait présenter un appareil électrique fort ingénieux pour amener automatiquement des instruments divers comme la lampe à bouche, le miroir, la poire à air chaud, etc., dans la main de l'opérateur. En l'absence de l'inventeur, cet appareil, qui nous a paru combiné avec ingéniosité, n'a pas pu être démontré aussi clairement qu'il l'aurait mérité, mais il est hors de doute qu'il est appelé à un grand avenir. Espérons que M. Weber le démontrera bientôt en personne à l'Ecole dentaire.

M. JENKINS a présenté le patient pour lequel il a construit le bridge en porcelaine mentionné plus haut. Malgré ses trois ans d'existence aucune félure ne s'est produite et le patient nous affirme le bien-être que la sensation de la porcelaine lui donne dans la bouche.

M. THIERSCH (Bâle), présente une petite collection de modèles en plâtre, destinés à montrer l'utilité de l'incrustation en or dans la prothèse dentaire.

Quand il s'agit seulement d'une dent manquante, dont l'espace est souvent diminué par le rapprochement des dents voisines, l'incrustation en or avec contour exagéré, ou même une incrustation portant une dent artificielle libre, fournit un excellent moyen de prothèse.

Pour des ponts qui remplacent deux ou même trois dents manquantes, on peut souvent et avantageusement employer les incrustations comme arc-boutant.

Il a été fréquemment dit ces derniers temps que la technique des incrustations en or était difficile au point de rendre impossible l'union de plusieurs incrustations, sans réduire l'exactitude de leur placement.

D'un autre côté il a été prétendu que l'ancrage d'une incrustation n'était pas assez solide pour servir comme arc-boutant de pont.

En suivant minutieusement toutes les règles de la préparation de la cavité et d'une technique extrêmement soignée, en se rendant compte qu'une incrustation en or, qui porte un pont, doit toujours emboîter la dent de trois côtés, et en augmentant, si besoin est, la stabilité par l'emploi des pivots, on peut certainement dans des cas nombreux éviter les désavantages incontestables de la couronne arc-boutant par l'emploi de l'incrustation.

Plusieurs modèles montrent le résultat irréprochable des cas actuellement traités d'après ces idées. En même temps il nous présente des appareils pour immobiliser les dents ébranlées par la pyorrhée, dont nous avons déjà lu la description dans *L'Odontologie* du 15 novembre 1909.

*
* *

Le côté « fêtes » a été soigné particulièrement par l'American dental Club of Paris, qui a donné une réception suivie de cinéma et de

bal dans les salons de l'Hôtel Continental. La présence des membres de la F. D. N. et de la F. D. I. a ajouté encore à l'éclat de cette splendide fête qui ne s'est terminée que fort tard dans la nuit.

La matinée du dimanche 27 mars a été consacrée à l'inauguration du monument d'Horace Wells Comme le soleil a bien voulu être de la fête, celle-ci a obtenu un succès considérable. S'il faut louer tout d'abord M. Quincerot, le véritable promoteur de ce monument, il faut convenir que c'est grâce aux efforts de M. Jenkins, secondé par M. Roussel, que l'idée généreuse de M. Quincerot a pu se réaliser. Et quand je dis réaliser, je ne veux pas laisser passer cette occasion sans adresser un chaleureux appel aux confrères français pour qu'ils viennent en aide à la souscription entreprise pour l'érection de ce monument qui, à l'heure actuelle, est loin d'être suffisante pour couvrir les frais. Voici une occasion pour eux de payer une dette de reconnaissance au novateur de l'anesthésie.

Le banquet annuel de la Société Américaine a réuni ce même dimanche une assistance plus nombreuse que d'habitude (105 membres et invités). Les membres du bureau de la F. D. I. ont répondu avec empressement à l'invitation du Comité et c'est entre M. Paterson, (président de la F. D. I.) et M. Godon que M. Quintero (de Lyon) a présidé cette belle fête. De nombreux toasts ont été prononcés, parmi lesquels il convient de mentionner celui de M. Robinson (Paris) célébrant dans un discours très documenté la raison d'être de la F. D. I.

La réunion administrative de l'A. S. D. E. a clôturé le Congrès le lundi de Pâques (28 mars), à la suite d'un banquet offert par le président à tous les membres. Dans cette réunion ont été élus pour 1911 :

Président : M. Cooper (Francfort).

Vice-président: M. Robinson (Paris).

Secrétaire: M. T. E. Paterson (Genève).

Trésorier: M. Frank Day (Londres).

Deux autres confrères parisiens ont été admis dans le Bureau:

M. Solbrig (Comité exécutif) ; M. Hirschfeld (Comité de l'élection des membres).

La prochaine réunion a été fixée au mois d'août 1911 à Dresde.

Avant de terminer ce compte rendu incomplet, parce que le signataire de cet article, spécialement chargé d'organiser le Congrès, n'a pu être présent tout le temps, il faut rendre un juste hommage à M. Quintero, qui a présidé la réunion avec un tact et une bienveillance qui lui ont assuré la vive gratitude de l'assemblée.

INAUGURATION D'UNE VITRINE OFFERTE PAR M. GUERINI

Lors de la visite faite à l'Ecole dentaire de Paris par les membres de la F. D. I., M. Guerini a offert à cette école, pour son musée, une collection d'appareils de prothèse dentaire antiques.

Cette collection est renfermée dans une vitrine en bois sculpté par M. Guerini lui-même. L'installation en a été faite au musée sous la direction du donateur.

Le samedi matin 26 mars, l'inauguration en a eu lieu en présence des membres de la F. D. I. au moment de leur visite à l'Ecole. M. Blatter, secrétaire général, a remercié M. Guerini du don qu'il venait de faire et de l'intérêt particulier qu'il porte à l'institution.

La remise de la vitrine a été faite officiellement à M. Geoffroy, conservateur du musée.

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

M. Cunningham, de Cambridge, a fait le 5 avril à la Société d'Odontologie de Paris une communication sur l'œuvre de l'Institut dentaire infantile de Cambridge, avec projections radio-photographiques de coupes du crâne et d'autres coupes ayant trait au développement des dents.

La Société a voté l'attribution d'une médaille d'or à M. Cunningham et d'une médaille d'or à M. Guerini (de Naples), auteur, comme on sait, d'une remarquable histoire de l'art dentaire depuis les temps les plus reculés jusqu'au XVIIIe siècle, pour les remercier des services qu'ils ont rendus à la science odontologique.

Erratum.

Par suite d'un oubli de l'imprimeur, la phrase suivante n'a pas été composée dans le compte rendu sommaire de la F. D. N., p. 283 de notre dernier numéro, entre la 4e et la 5e ligne du bas.

M. Godon remercie la Fédération de l'honneur qu'elle lui fait, mais déclare qu'il ne peut accepter de figurer parmi les candidatures au prix Miller présentées à cette session et propose que le prix soit attribué à la F. D. I.

L'assemblée maintient sa décision.

NÉCROLOGIE

Camille Redard.

Nous apprenons la mort de M. Camille Redard, ancien député (de 1876 à 1893), conseiller municipal de Genève depuis 1902.

Il était né aux Verrières (Neuchâtel) le 1er avril 1841. Il était fils du pasteur de la Sagne qui lui fit faire de solides études au Collège de Zurich et au Polytechnicum. Mais la mécanique n'attirait guère le jeune homme, qui se décida à changer de carrière. Il se rendit à Lausanne, y fit ses études de pharmacie, puis il partit pour Berne et Strasbourg, d'où il revint avec le diplôme de docteur en médecine. D'abord interne à l'Hôpital cantonal de Genève, il fit ensuite un stage à Toulon et à Marseille. Devenu médecin de la colonie de Sainte-Anne, lors d'une révolte des jeunes détenus, il sauva le directeur. De retour en Suisse, M. Redard s'établit à Satigny où il pratiqua pendant de longues années la dentisterie.

Il fut l'un des fondateurs de l'École dentaire, dont il dirigea la clinique. Il fonda la *Revue et archives suisses* d'odontologie.

Il a été président et vice-président de la Société odontologique suisse. Le Conseil fédéral l'avait délégué en 1889 au Congrès dentaire international de Paris. En 1890, il fut l'un des présidents du Congrès de Berlin, où il présenta d'importants travaux sur la greffe dentaire.

Il dirigea, en 1885, le service de surveillance contre le choléra à la gare de Cornavin.

Nous adressons à la famille de M. Redard nos vives condoléances.

*
* *

Nous apprenons la mort à l'âge de 63 ans de Mme veuve Ronnet, mère de notre confrère démonstrateur à l'Ecole dentaire de Paris et belle-sœur de notre confrère M. A. Ronnet, professeur honoraire.

Nous apprenons également la mort de Mme Blocman, mère de notre confrère M. Blocman, professeur à l'École dentaire de Paris.

Notre confrère M. Brigiotti, membre de l'A. G. S. D. F., vient d'être cruellement éprouvé par la mort, à l'âge de 71 ans, de Mme Brigiotti, sa femme, survenue le 30 mars dernier.

Notre confrère, M. J. Baruch, de Bruxelles, membre de l'A. G. S. D. F., a eu la douleur de perdre sa femme à l'âge de 52 ans le premier de ce mois.

Enfin nous apprenons la mort, à l'âge de 53 ans, de Mme Emile Gédon, femme de notre confrère de l'A. G. S. D. F., de la Pointe-à-Pitre (Guadeloupe), survenue le 1er mars 1910.

Nous adressons à nos confrères et à leurs familles nos bien sincères condoléances.

30e ANNÉE. N° 8 30 AVRIL 1910 VOL. XLIII

L'ODONTOLOGIE

L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

TRAVAUX ORIGINAUX

LE PROBLÈME DE L'ARTICULATION

Par ALFRED GYSI, D. D. S.,
Professeur à l'École dentaire de l'Université de Zurich.

(Suite.[1])

Traduction de M. L. MONET, de La Chaux-de-Fonds (Suisse)[2].

B. — LE PETIT ENREGISTREUR OU INSTRUMENT POUR DÉTERMINER LES DÉPLACEMENTS DU SOMMET ANTÉRIEUR DU TRIANGLE DU MAXILLAIRE, DANS LE PLAN HORIZONTAL.

Les mouvements de ce point dans le plan vertical c'est-à-dire en ouvrant et fermant la bouche ont été mesurés par Tomes et Dolamore (Voir aperçu historique), ils n'ont dans la pratique aucune importance. Seul le chemin parcouru dans le plan horizontal et qui est différent d'un cas à l'autre doit être déterminé, car il a son importance dans la disposition des dents.

J'atteins ce but de la manière suivante :

La plaque de métal en fer à cheval est recouverte de cire et de suie de l'épaisseur d'une feuille de papier à la partie ombrée de la fig. 15, au moyen d'une spatule chauffée.

A la cire d'articulation du haut et sur la ligne médiane

1. V. *L'Odontologie* du 30 mars, p. 241.
2. C'est par suite d'un oubli que le nom du traducteur n'a pas été mentionné dans le numéro du 30 mars.

est fixé en chauffant légèrement un stylet faisant ressort, fig. 15 ; il est consolidé sur les bords en fondant un peu la cire ; la pointe doit dépasser le bord inférieur d'environ 1 mm. (fig. 14).

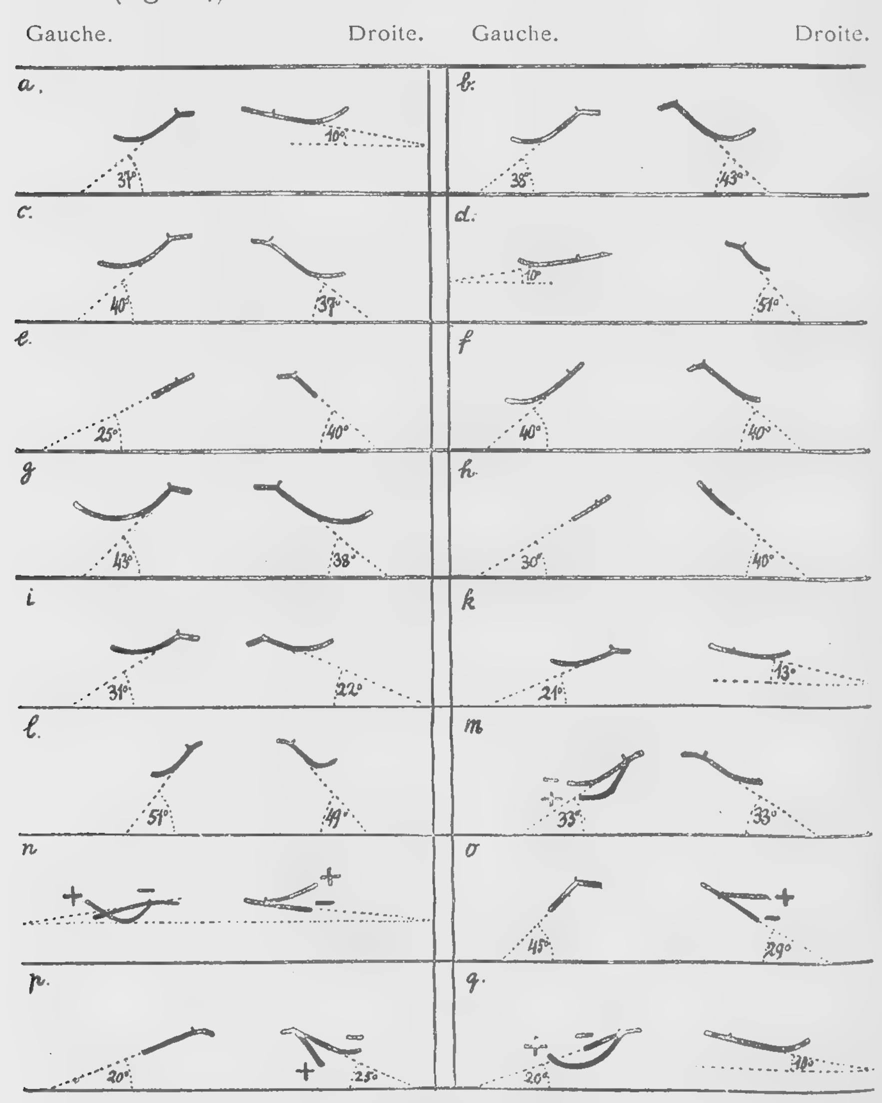


Fig. 13. — Quelques exemples de différences de trajectoires qui peuvent se rencontrer à droite et à gauche.
Trajectoire des condyles : + fermeture et ouverture, — mouvement latéral.

Les deux cires d'articulation étant fixées en bouche au moyen de poudre adragante, on recommande au patient de

faire des mouvements latéraux à droite et à gauche. le plus possible dans la région des molaires. Le stylet inscrit ces mouvements sur la cire qui recouvre la plaque en fer à cheval ; il les inscrit d'abord irréguliers et confus (*k* fig. 15) parce que le maxillaire inférieur est au début porté trop en avant. Sans s'inquiéter de cette fausse position du maxillaire et sans importuner le patient, on laisse continuer ces mouvements de mastication ; on voit peu à peu, probablement par suite de fatigue, que le maxillaire revient en arrière dans sa position normale et le chemin parcouru se dessine enfin sous forme d'une courbe bien régulière (*kmk* fig. 15).

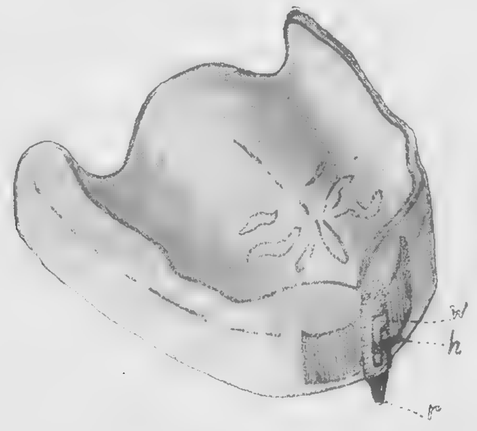


Fig. 14. — Fixation du petit enregistreur à la cire d'articulation supérieure pour mesurer la trajectoire des incisives.

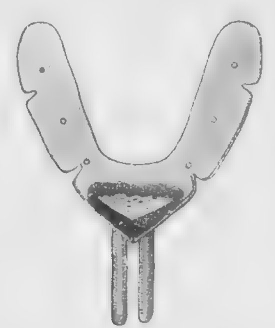


Fig. 15. — La plaque en fer à cheval au moyen de laquelle le grand enregistreur est fixé à la cire d'articulation inférieure ; sur sa partie antérieure K est enregistrée la trajectoire des incisives.

Le bord le plus antérieur de ce griffonnage est donc la

trajectoire normale cherchée, le point *m* est le point exact où passe la ligne médiane et la position normale lorsque la bouche est fermée.

Pendant que le stylet est au point *m* fig. 16 on marque à travers les fentes *S* de la plaque en fer à cheval et sur les cires d'articulation de haut et du bas les entailles habituelles pour retrouver les mêmes positions en mettant dans l'articulateur.

Ce petit instrument est ainsi à part le but que nous venons de voir, un moyen excellent pour déterminer la position exacte du maxillaire inférieur lorsque la bouche est fermée, position qu'il est sans cela très difficile de trouver : il rendra à chacun de grands services, quel que soit l'articulateur employé.



Fig. 16. — Enregistrement de la trajectoire des incisives au moyen de laquelle la position du centre de rotation D de la fig. 25 est fixée.

On peut encore au moyen de la courbe angulaire *kmk* déterminer l'éloignement l'un de l'autre des deux centres de rotation du maxillaire (fig. 17).

Si les deux côtés de l'angle sont prolongés au delà de leur point d'intersection (Voir la ligne pointillée fig. 17), on fixe ainsi la trajectoire décrite par les incisives et canines inférieures pendant la mastication. L'angle ainsi formé est différent d'un patient à un autre, par conséquent la position des centres de rotation varie également. D'après mes expériences l'éloignement entre ces deux centres est de 7 à 13 cent. en mesurant sur la ligne qui réunit les centres des deux condyles (fig. 17).

Il existe des cas où ces deux points sont plus loin que les condyles. Pour *Bonwill* l'éloignement moyen entre les centres des deux condyles est de 10 cent., de sorte que les points pivotants du maxillaire sont soit en deçà, soit au delà des condyles.

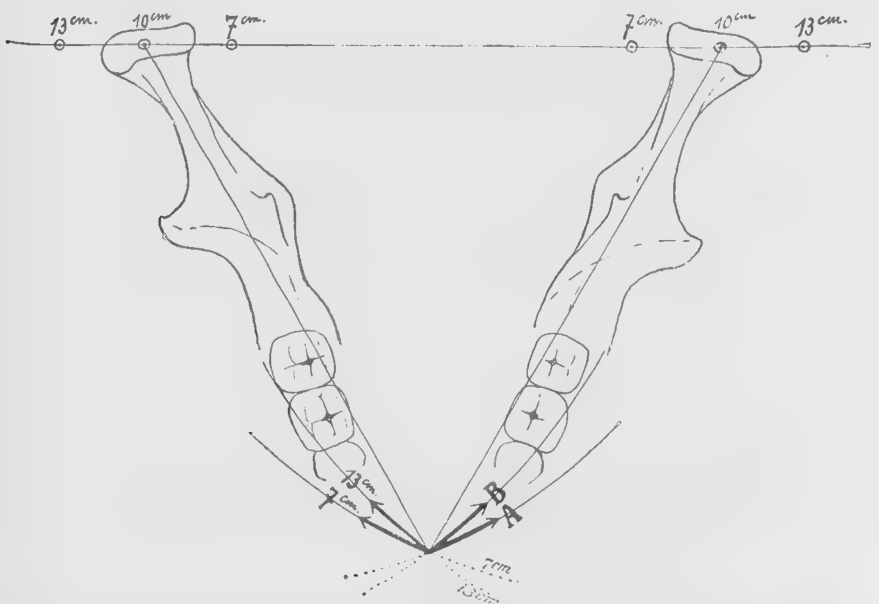


Fig. 17. — Relation entre la trajectoire des incisives et la position du centre de rotation.

Il arrive très souvent que chez un même individu le centre de rotation à gauche est différemment placé que celui de droite ; celui de gauche peut être par exemple à 8 cent., celui de droite à 14 cent.

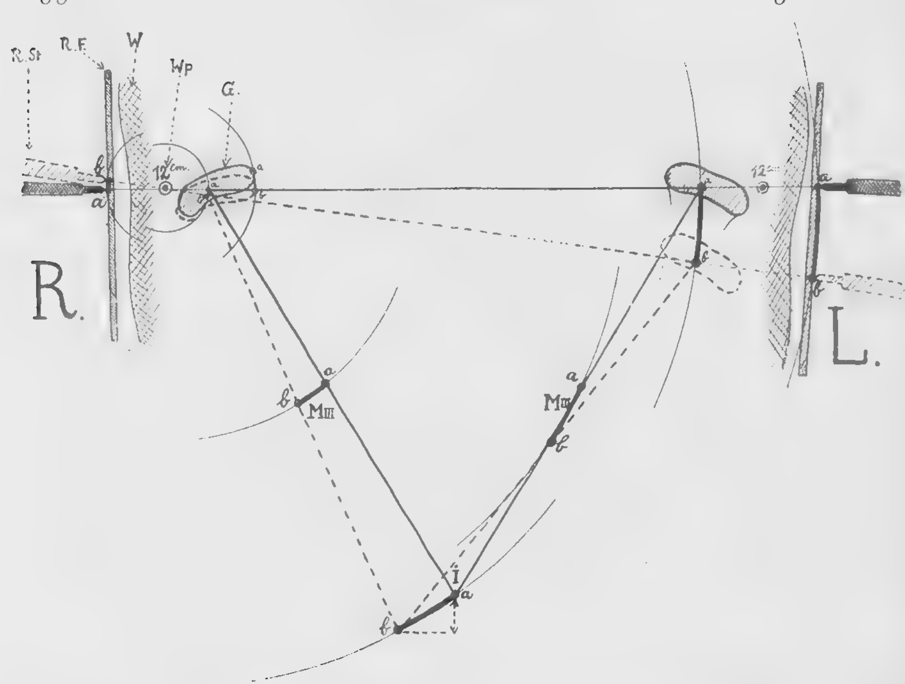


Fig. 18. — Conditions des mouvements du triangle du maxillaire inférieur quand les centres de rotation sont au delà des condyles.

Fig. 18 et 19 :

R. St.	Pointes de graphite.
R. F.	Surface enregistreuse.
W.	Parties molles au-dessus de l'articulation.
Wp.	Position du centre de rotation. G. Condyle.
———	Position de repos du triangle du maxillaire inférieur.
....	Mouvement latéral vers la droite du maxillaire.
a b	Trajectoire des points principaux du maxillaire et des pointes de graphite dans les mouvements latéraux.
R.	Droite.
L.	Gauche.

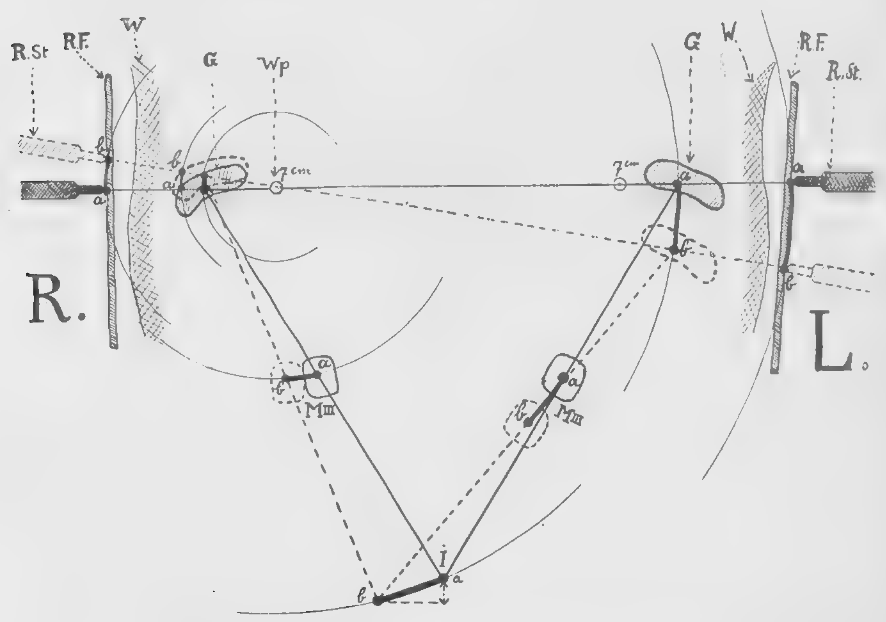


Fig. 19. — Conditions des mouvements du triangle du maxillaire inférieur quand les centres de rotation sont en deçà des condyles.

La fig. 18 fait voir comment il se peut que lorsque les deux centres de rotation sont à une égale distance de 12 cent. les deux condyles font en mordant de côté des mouvements parallèles mais que le stylet enregistreur dessine une direction opposée !

Dans la figure 19 il est montré comment les condyles et les stylets décrivent des parcours opposés tandis que les points pivotants sont en delà des condyles. Ces deux figures montrent encore comment on pourrait déterminer la position des centres de rotation d'après le rapport des chemins décrits par les stylets enregistreurs à droite et à gauche ; cette méthode cependant serait passablement inexacte à cause de la petitesse de ces parcours qui même pour de petites erreurs donnerait lieu à de grandes différences.

Les centres de rotation, comme on peut le voir d'après leur position, ne représentent pas des points anatomiques du maxillaire inférieur ou de la base du crâne ; ils sont fictifs et c'est pour cela qu'ils furent longtemps inconnus.

Un centre de rotation est donc l'axe de rotation du maxillaire inférieur résultant des divers mouvements de traction des muscles en mordant de côté ; il ne coïncide que rarement avec les condyles.

Dans une articulation artificielle, c'est-à-dire dans un articulateur où les mouvements des muscles ne peuvent pas être imités, ces centres de rotation doivent être représentés mécaniquement et de telle façon qu'on puisse changer leur position d'un cas à l'autre.

Les condyles naturels ne sont donc pas des axes de rotation autour desquels les mouvements du maxillaire doivent se produire ; ils ne servent qu'à diriger ces mouvements.

Nous ne devons donc pas dans un articulateur reproduire la cavité articulaire et les condyles ; nous devons par contre reproduire les données qui n'existent pas anatomiquement, c'est-à-dire les résultantes du fonctionnement des muscles qui sont les centres de rotation ou points pivotants et les trajectoires que j'ai représentées par mes plaques à fentes.

La connaissance de la position des points pivotants est importante comme l'indiquent les fig. 20 et 21.

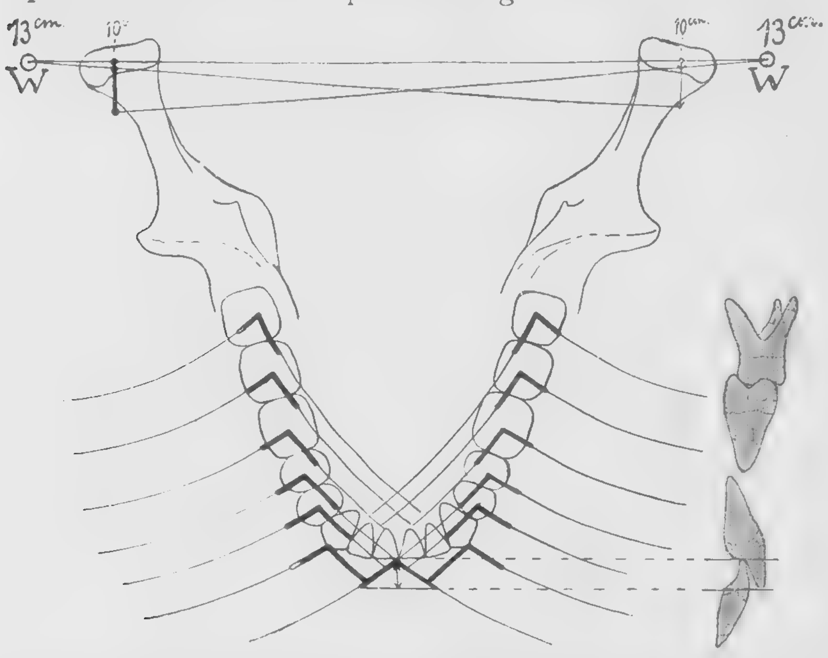


Fig. 20. — Trajectoire de chaque dent séparément lorsque les centres de rotation W sont en dehors des condyles, et hauteur des tubercules des molaires et du chevauchement des incisives qui dépendent de la position des centres W

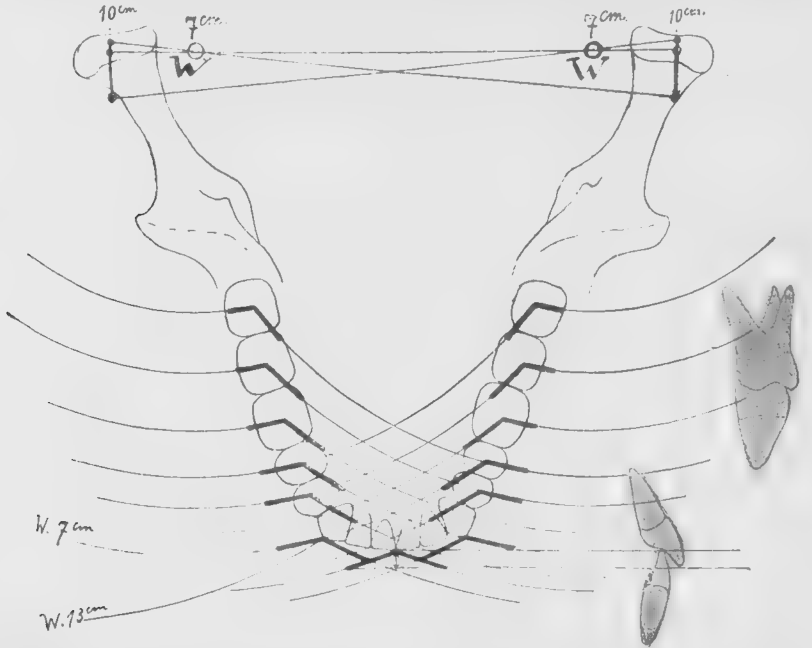


Fig. 21. — Trajectoire de chaque dent séparément quand les centres de rotation W sont en dedans des condyles ; la hauteur des tubercules des molaires et du chevauchement des incisives qui dépendent de la position des centres W, est moindre que dans la fig. 20.

Elle peut être déterminée géométriquement au moyen du compas ou du lignal ou en dessinant sur une feuille de carton un triangle isocèle de 10 cm. de côté sur un angle duquel sera représentée une partie de l'arcade dentaire du maxillaire inférieur avec les dents. Au sommet antérieur — entre les incisives centrales — est fixé un stylet de graphite court au moyen de cire ; de même au-dessus des canines et au milieu de chaque molaire. Tous ces stylets sont taillés de la même longueur avec du papier de verre. On retourne le tout sur une feuille de papier, passe une épingle à travers le milieu de chaque condyle et avec ce maxillaire en carton exécute les mouvements latéraux de mastication : les stylets inscriront le chemin parcouru par chacune des dents. Si l'on répète la même expérience, en fixant des aiguilles aux centres de rotation extrêmes (7 cm. ou 13 cm.), on obtient des parcours tout différents.

Dans le cas où les centres de rotation (*W*) sont en delà des condyles, les incisives inférieures font en mastiquant de côté un mouvement en avant prononcé (fig. 20) ; comme elles sont plus ou moins retenues dans ce mouvement par le bord tranchant des incisives supérieures, il en résulte que le maxillaire inférieur s'ouvre par le coïncement qui se produit, c'est-à-dire qu'il glisse sur la face palatine des incisives supérieures en dehors et en bas ; il sera par conséquent nécessaire d'avoir un chevauchement des incisives prononcé et un sillon des molaires profond (voir la fig. 51 pour le chevauchement des incisives et les tabelles des molaires entre les fig. 64 et 65).

Si par contre les centres de rotation *W* (fig. 21) sont en dedans des condyles, les incisives centrales inférieures se meuvent moins obliquement en avant mais presque directement de côté de sorte qu'une plus grande surface de contact avec les incisives supérieures est assurée. Il s'en suit que le chevauchement des incisives n'a pas besoin d'être prononcé et le sillon des molaires peut être moins profond.

La position des centres de rotation a une importance encore plus grande dans la situation réciproque des canines

supérieures et inférieures. La fig. 21 montre deux cas extrêmes. La trajectoire des canines inférieures est donc très différente suivant que les centres de rotation sont placés à 7 centimètres ou à 12 centimètres. Dans la fig. 22 est un

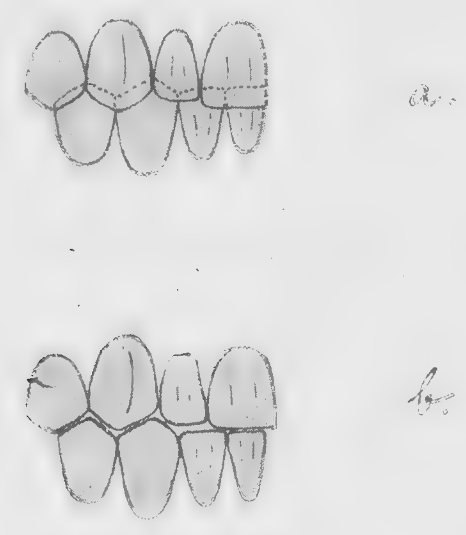


Fig. 22.

a) Occlusion normale de dents artificielles.

b) Mouvement latéral normal quand la position des centres de rotation a été déterminée exactement.

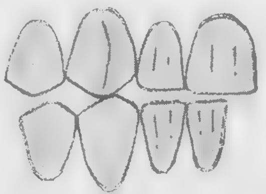


Fig. 23. — Mouvement latéral faux quand la position des centres de rotation sur l'articulateur est différente de celle du patient.

profil de la région canine avec les dents montées sur l'articulateur : en *a*, la bouche est fermée, en *b*, elle fait des mouvements latéraux. Si le patient a une autre position des centres de rotation que celle employée, les canines décriront une autre trajectoire, et la supérieure ne pourra plus glisser dans l'espace formé par l'inférieure et la première prémolaire ; au contraire, elle monte sur la pointe de la canine inférieure (fig. 23) et les arcades dentaires ne se toucheront qu'en ce point. Résultat : le dentier supérieur tombera.

En d'autres termes avec un appareil de prothèse ainsi construit, le patient ne pourra faire en mangeant que les simples mouvements que l'on rencontre chez le crocodile, les mouvements latéraux lui seront interdits, à moins que les pointes des canines soient complètement meulées ce qui enlèvera l'aspect naturel des dents.

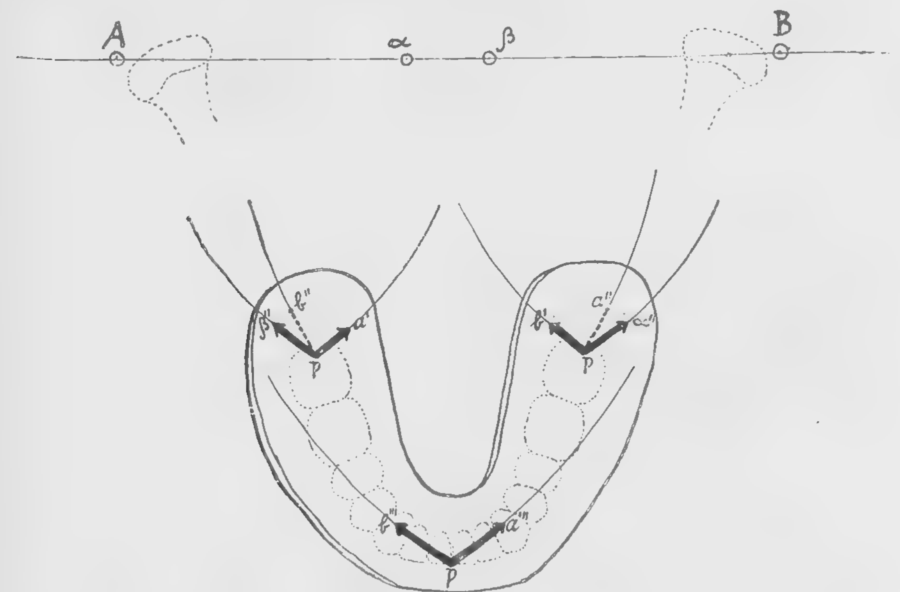


Fig. 24. — Critique de la trajectoire des molaires déterminée par Hesse.

Comme on l'a vu plus haut, le maxillaire inférieur ne peut se mouvoir librement de côté ; il en est plus ou moins empêché par le chevauchement des incisives supérieures ; c'est pour cela que se combinent les mouvements d'ouverture et de fermeture avec les mouvements latéraux ; si le chevauchement n'existait pas, les dents antérieures passeraient bientôt les unes par-dessus les autres et tout l'effort de la mastication se porterait sur les molaires qui seraient rapidement usées (on trouve ces conditions chez les ruminants mais l'usure des molaires est compensée par les plis de l'émail nombreux et profonds).

Chez l'homme, c'est aux incisives supérieures qu'est échue la tâche de former la surface antérieure sur laquelle glisse le maxillaire inférieur; la surface postérieure est formée

par les condyles et le tuberculum articulare. Ces deux derniers ont une inclinaison variant de 5° à 50° (fig. 10) tandis que l'inclinaison des incisives est de 50° à 70° par rapport au plan d'occlusion (Ce dernier angle est mesuré avec l'instrument fig. 49).

Il ne m'a pas été possible jusqu'ici de mesurer chez l'homme édenté l'angle de la trajectoire des incisives qui existait autrefois. Je suppose qu'il dépend de l'angle facial; ce serait alors un caractère de race. Après quelques mensurations peu nombreuses, j'ai trouvé que l'angle d'inclinaison des surfaces palatines des incisives centrales est de 15° plus petit que l'angle facial formé par la ligne qui joint le canal auditif externe avec la base du nez et la ligne de jonction du front avec la base du nez. Mes mensurations sont encore en trop petit nombre pour considérer toutes ces données comme exactes.

Ceci n'a toutefois aucune valeur pratique dans la prothèse; tout au plus pourrait-on ainsi donner le caractère de la race à l'expression du visage. Pour des raisons que j'examinerai plus loin, je choisis l'angle le plus petit de 45° de cette trajectoire des incisives.

Les relations indiquées dans les fig. 20, 21, avaient déjà été trouvées par Hesse en 1897; il n'avait toutefois pas cherché à déterminer le centre des trajectoires, pensant sans doute qu'il ne pouvait être qu'aux condyles. Pour ses expériences, il fixait à la place laissée par une molaire inférieure extraite un stylet et à la molaire supérieure une surface enregistreuse. Il était arrivé à la conclusion que la trajectoire de l'articulation est inclinée et qu'elle force ainsi un des condyles en arrière, dans les mouvements latéraux.

Cette conclusion n'est toutefois vraie qu'en partie, car s'il n'y a pas de chevauchement des incisives, les molaires dans le mouvement latéral en avant ne sont pas obligées de suivre le condyle qui se meut en arrière, car de ce fait il se produirait un mouvement de charnière qui porterait toute l'arcade dentaire inférieure vers le nez.

C'est donc le chevauchement des incisives seul qui force

les molaires à suivre cette trajectoire se dirigeant en arrière.

Si l'on voulait d'après la courbe angulaire des molaires de Hesse, chercher le centre de rotation du maxillaire, on serait fort embarrassé, car chaque côté de l'angle donnerait un centre totalement différent de celui des autres côtés.

C'est ce que je vais chercher à démontrer dans la fig. 24.

On couvre les dents inférieures avec une plaque de laiton mince en forme de fer à cheval ; enduite de cire, elle servira de feuille enregistreuse ; à la mâchoire supérieure (le mieux chez une personne ayant un appareil de prothèse pour le haut) on fixe à la région des incisives centrales et de la dernière molaire des pointes métalliques très courtes. On fait exécuter les mouvements latéraux de mastication ; les pointes métalliques inscriront sur la surface enregistreuse les trajectoires des dents (Voir fig. 24 les courbes angulaires en traits gras).

En cherchant avec un compas les centres de rotation, on en trouve deux à gauche et deux à droite. Les côtés *p b'* et *p b''* ont un même centre en *B*, tandis que le côté *p* β'' a son centre en β. Ceci n'est qu'une impossibilité apparente, car un corps solide comme le maxillaire inférieur ne peut se mouvoir qu'autour d'un seul axe en même temps, centre qui est soit fixé, soit mobile pendant la rotation.

Les côtés *p b''* et *p b'* n'ont qu'un centre fixe : par conséquent l'arc *p* β qui se produit en même temps, n'a pas d'autre centre.

Dans un maxillaire, avec chevauchement des incisives et molaires naturelles normales, le côté *p* β se déplace sur une surface de tubercule inclinée de 50° (Voir fig. 63 et 64).

Nous n'avons dans la fig. 24 que la projection horizontale de ce mouvement qui en réalité est dirigé selon *p b''* et dont le centre de rotation est en *B*. De même les fig. 20 et 21 ne sont pas exactes quant à la région des molaires, car elles n'ont pas de valeur pour les conditions naturelles normales c'est-à-dire lorsqu'il y a chevauchement des incisives. Les courbes angulaires ne sont exactes que pour les dents anté-

rieures, car elles donnent comme conclusion le centre de rotation exact.

De toutes ces indications, il résulte que dans les mouvements latéraux, tant à droite qu'à gauche, les centres de rotation sont situés sur une ligne passant par la région des condyles et selon les individus plus ou moins en dehors ou en dedans des condyles.

Comme je le montrerai plus tard, le maxillaire dans les mouvements de fermeture et d'ouverture de la bouche, tourne autour d'un centre de rotation situé ailleurs, mais n'ayant aucune importance pour la disposition des dents artificielles et par conséquent dans la construction d'un articulateur. Dans l'articulateur de *Walker*, on peut en tenir compte ; il est employé lorsque l'articulation doit être élevée ou abaissée. Dans l'articulateur *Kerr*, ce vrai axe de rotation du mouvement de fermeture et d'ouverture est permanent. Les fautes commises en omettant ce centre sont si petites qu'elles peuvent être négligées si l'on emploie l'axe de mon articulateur, car il n'a aucune influence sur l'inclinaison de la trajectoire de l'articulation, comme c'est le cas avec les articulateurs de *Walker* et de *Christensen*.

Comme conclusion, un articulateur doit donc avoir :

1° Une inclinaison de la trajectoire de l'articulation variable pour chaque individu ;

2° Une forme de la trajectoire de l'articulation variable pour chaque individu ;

3° Une trajectoire des incisives variable pour chaque individu ;

4° Deux centres de rotation variables pour chaque individu ;

5° La trajectoire des incisives ne doit pas modifier celle de l'articulation ; l'inclinaison de cette dernière doit donc être indépendante des mouvements d'ouverture et de fermeture.

De ces cinq conditions, seules les conditions 1, 2, 4 et 5 sont prises en considération dans les meilleurs articulateurs, connus à ce jour, c'est-à-dire : l'articulateur *Christen-*

sen pour les conditions 1 ; celui de *Kerr* 1 et 5 ; celui de *Walker* 1 et 4, celui de *Parfitt* 1 et 2.

CHAPITRE III

Description de l'articulateur.

(Voir fig. 1 *A* et fig. 25.)

Cet articulateur[1] comporte comme tous les autres une partie supérieure mobile (fig. 25 *O*) et une partie inférieure fixe (fig. 25 *U*), à chacune d'elles sont fixées des brides *o* et *u* (fig. 25) au moyen des vis *S*. Les brides pour la partie supérieure de l'articulateur sont l'une droite (fig. 1 *A*), l'autre en forme de baïonnette (fig. 1 *o*) ce qui permet de la placer haute ou basse (fig. 25 *o*) à la partie inférieure, l'une des brides est droite, l'autre a un rebord de 1 1/2 cm. d'épaisseur (fig. 1 *U*). Les brides supérieures peuvent être placées dans n'importe quelle position ; celles du bas doivent toujours avoir l'inscription en dessus. Toutes ces différences permettent toutes les combinaisons possibles selon l'épaisseur et la hauteur des modèles de plâtre, ce qui évite de les couper ou de les rehausser en garnissant de plâtre. Avant de mettre en plâtre, il est nécessaire que les brides soient mises autant que possible à fond et huilées afin que le cas échéant où l'on soit obligé de les enlever de l'articulateur avec les modèles, il soit facile de les remettre à la place exacte qu'elles occupaient. On peut adapter aux brides du haut un support mobile *St* (fig. 25) qui vient s'appuyer sur un rebord *T* de la bride inférieure ; ce rebord présente une surface inclinée *E* sur laquelle se déplace le support pendant les mouvements latéraux et dont il ne doit pas quitter la base. Cette surface inclinée représente la trajectoire des incisives et sert à vaincre le chevauchement des incisives. Jusqu'à présent cette trajectoire des incisives n'était repré-

1. L'articulateur et les instruments de mensuration sont en vente chez P. A. Koelliker et Cie. à Zurich. Succursales à Genève et à Bâle.

Une brochure explicative illustrée sera envoyée gratuitement à toute personne qui en fera la demande.

sentée dans les mouvements latéraux que par les incisives

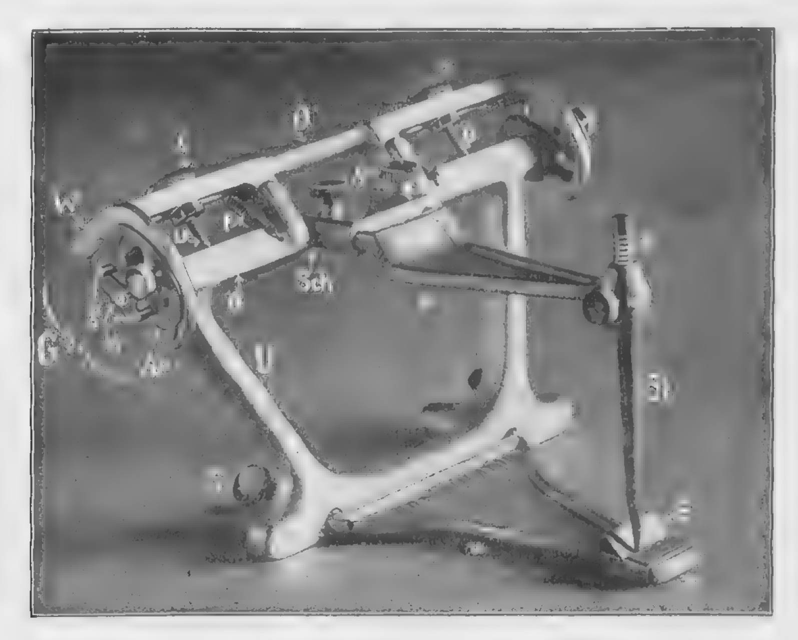


Fig. 25.

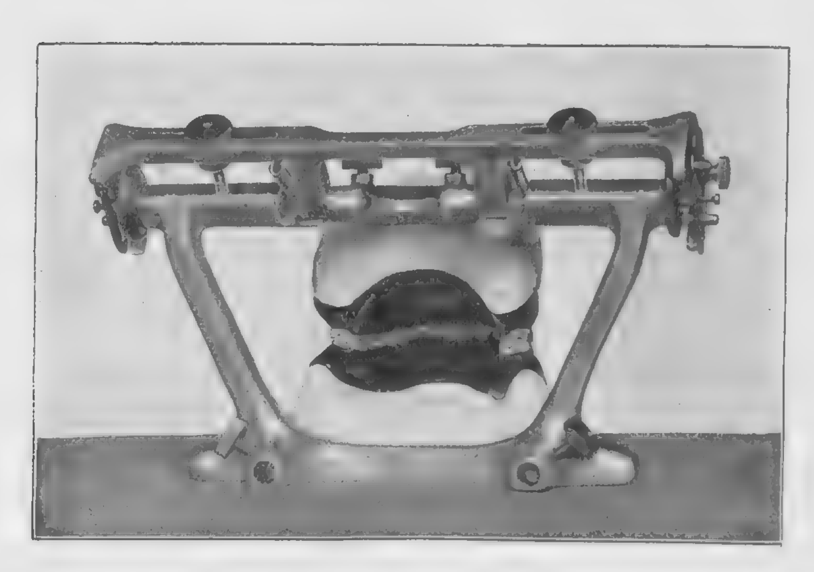


Fig. 26. — L'articulateur est complètement dégagé à sa partie postérieure, ce qui permet de faire articuler les dents également de ce côté.

artificielles elles-mêmes fixées dans la cire, ce qui était fort incertain, spécialement en été.

Pour des motifs pratiques la surface inclinée *E* est placée à la partie inférieure de l'articulateur au lieu d'être adaptée à la partie supérieure ; c'est pour la même raison que dans tous les articulateurs la partie supérieure est mobile et l'inférieure fixe ce qui est le contraire des relations naturelles.

Le support *St* a été placé en devant des incisives pour lui permettre d'être mieux soutenu : s'il vient à gêner pendant la disposition des dents antérieures, on peut l'enlever sans inconvénient pendant ce temps. On peut faire à ce support toutes sortes de contremarques à la lime (*F* fig. 25) afin d'être toujours certain pendant le montage des dents que la hauteur de l'articulation n'a pas été modifiée.

En ayant placé le support devant les dents antérieures, on a dégagé complètement l'articulateur à sa partie postérieure (fig. 26) ce qui permet de voir facilement les dents à leur face postérieure, de les atteindre aisément avec les doigts ou la spatule à cire et enfin de les articuler parfaitement de ce côté-là.

La fonction la plus importante du support et de la surface inclinée est d'empêcher la production de faux mouvements vers le bas de la région des incisives supérieures comme il s'en produit dans les autres articulateurs.

La bride supérieure (fig. 25 *o*) est réunie à la partie supérieure de l'articulateur par la charnière *Sch* ce qui permet pendant l'ajustage des dents d'exécuter les mouvements d'ouverture et de fermeture de la bouche. Ce mouvement (fig. 30) est indépendant des mouvements proprement dits de l'articulation, par conséquent la trajectoire de l'articulation (les deux sommets postérieurs du triangle du maxillaire inférieur) peut être combinée à la trajectoire des incisives (sommet antérieur du triangle) d'une manière précise et sûre, indépendante du hasard et des contrariétés voulues et naturelles. De la même manière se combinent les mouvements en avant et en arrière du maxillaire en mordant en avant ou dans les mouvements latéraux. Cette combinaison de mouvements qui était connue depuis longtemps, *Michel*, *Wallisch*, *Campion*, etc. est pour la première fois mise

en œuvre dans un articulateur, on verra plus loin quelle en est l'utilité.

Les parties supérieures *O* et inférieures *U* de l'appareil sont réunies par la vraie articulation *G* qui permet les mouvements latéraux. Deux ressorts *F* remettent d'eux-mêmes ces deux parties dans la position normale.

L'articulation est composée 1) de la tige *g* fixée à la partie inférieure de l'appareil ; elle représente le condyle, 2) de la plaque à fentes *S p* à la partie supérieure de l'articulateur correspondant au tuberculum articulare.

La tige *g* est mobile sur son axe et peut être fixée dans toutes les inclinaisons *W* variant de 0 à 50°, au moyen de la vis *5*.

Les deux fentes identiques *S P* dans lesquelles se meut la tige *g* correspondent exactement à la trajectoire que décrit le condyle sur la paroi postérieure du tuberculum articulare pendant les mouvements de mastication.

Il n'y a que deux plaques à fentes avec l'articulateur : pour être exact, il devrait y en avoir d'autres représentant les trajectoires intermédiaires. Ma longue expérience me permet de dire que ces deux formes principales suffisent. Au cas où le besoin se ferait sentir d'avoir pour chaque cas particulier une forme de trajectoire spéciale (comme le demandent Campion et Parfitt), il serait très simple de découper de nouvelles plaques à la scie.

La pointe *St* sert à fixer exactement la plaque à fentes.

Pour changer les plaques à fentes *S p* on dévisse un peu la vis 5 (ne pas l'enlever), on tourne la tige *g* dans le sens perpendiculaire ce qui permet de passer la plaque par-dessus la tête de la vis ; ceci fait, la tige étant toujours perpendiculaire, on introduit une nouvelle plaque à laquelle on donne l'inclinaison voulue *W*.

Pour cela la pointe de la plaque est fixée sur le degré de l'inclinaison de la trajectoire qui a été mesuré.

Celui qui ne veut pas se donner la peine de mesurer l'angle d'inclinaison pour chaque cas de dentiers complets, placera la plaque à fentes à 30° environ (fig. 25) ; pour les

dentiers partiels, celle-ci convient parfaitement (fig. 29). De cette manière on peut faire des fautes allant jusqu'à 15° ce qui n'est pas beaucoup quand on les compare à celles des articulateurs dits *Bonwills* où l'écart peut aller jusqu'à 45°.

Les deux petits supports *(D)* forment avec le grand support *St* un trépied sûr comme il n'en existe point encore dans un articulateur. Les autres pièces massives préviennent tout mouvement insolite de sorte que cet articulateur peut être considéré comme un instrument de précision, qui permet des articulations exactes.

Les supports *D* sont mobiles dans les fentes de la partie supérieure de l'appareil *O* ; ils reposent sur les pièces transversales *Q* de la partie inférieure *U* à laquelle est inscrite une échelle (fig. 25) qui détermine la position des supports (Voir les explications de la fig. 32 pour la manière dont les supports sont fixés), ils sont tenus fixés par la vis *(6)*.

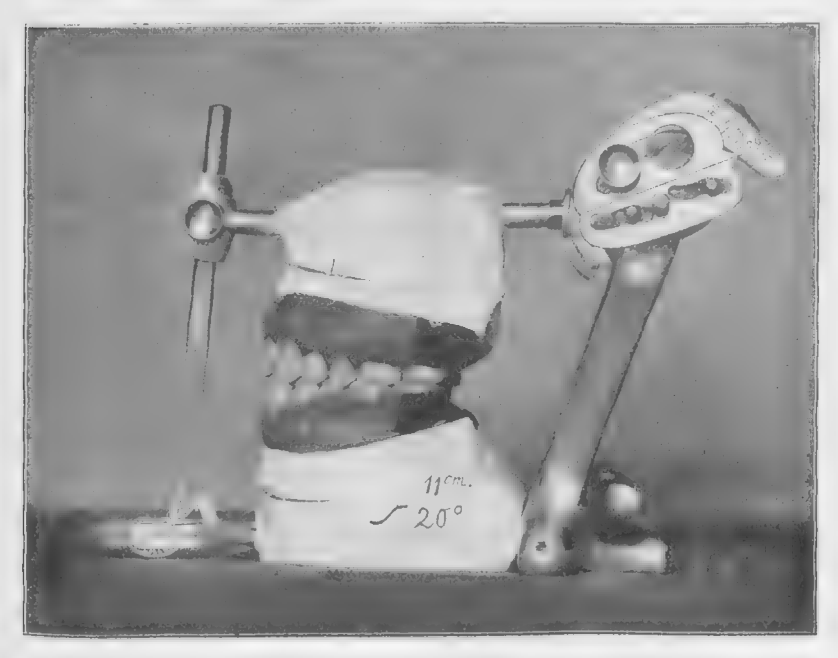


Fig. 27. — Vue latérale de l'articulateur avec le grand support placé à la base de ce qui représente la trajectoire des incisives, grande stabilité.

L'échelle n'est utile que dans les cas où il est nécessaire

d'avoir deux ou plusieurs pièces de prothèse en travail dans le même temps ; on peut inscrire la position des supports sur les modèles de plâtre (fig. 27 et 32). Pour les dentiers sans mensuration et pour les pièces partielles, on peut fixer les supports à la distance moyenne (fig. 29) de 10 cm., ce qui correspond au triangle dit de Bonwill et à l'éloignement moyen des condyles.

Les deux supports *D* comme on l'a vu dans le chapitre précédent représentent les centres de rotation pendant les mouvements latéraux, ils peuvent être éloignés l'un de l'autre de 7 à 13 cm. souvent encore davantage malgré que les condyles ne dépassent pas chez l'adulte un éloignement moyen de 10 cm. Ces centres de rotation n'existent pas anatomiquement ; ils sont plutôt la résultante des forces musculaires qui font mouvoir le maxillaire inférieur : ils sont chacun le centre de rotation idéal des mouvements latéraux.

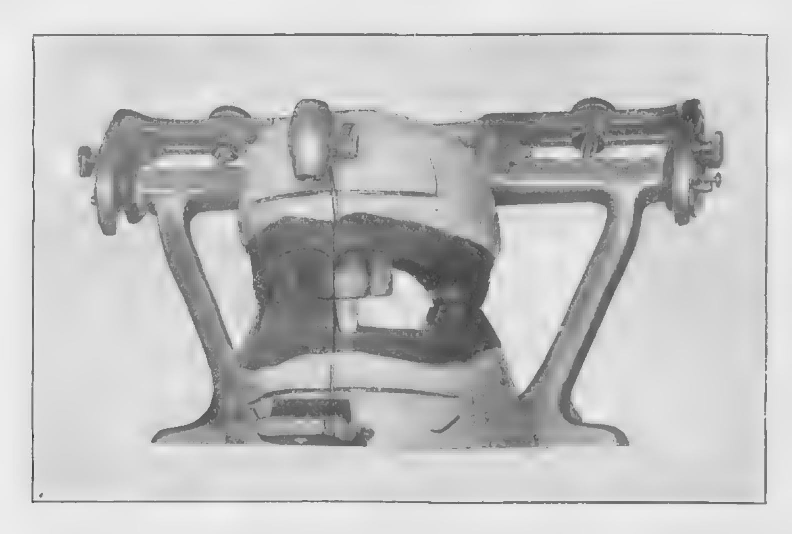


Fig. 28. — Le grand support peut être enlevé pendant la disposition des dents antérieures.

Lorsqu'en essayant en bouche le dentier encore en cire, on remarque que l'articulation est fausse sur les côtés ce qui, avec l'emploi de l'enregistreur de la trajectoire des incisives est impossible, on peut facilement corriger ce défaut en pla-

çant et fixant sous le petit support *D* du côté où est l'erreur, des feuilles minces de carton ou de métal jusqu'à ce que l'articulation corresponde avec ce que l'on voit en bouche ; la disposition des dents peut ensuite être modifiée.

Une articulation fausse d'avant en arrière qui survient lorsque le patient a porté le maxillaire trop en avant peut être corrigée comme dans tous les articulateurs, en déplaçant en avant de la quantité nécessaire la bride supérieure.

Lorsque les supports *D* sont dans l'éloignement moyen de 10 cm. et que l'inclinaison de la trajectoire est de 30°, on peut employer l'articulateur avec grand avantage pour tous les *dentiers partiels*, pour les couronnes et les ponts et même pour les dents à pivots isolées (fig. 29) ; pouvant de cette façon faire des mouvements latéraux exacts, on n'obtient pas dans les ponts et couronnes des tubercules qui gênent et pour les dents à pivots les faces de porcelaine peuvent être disposées sans être touchées par leurs antagonistes.

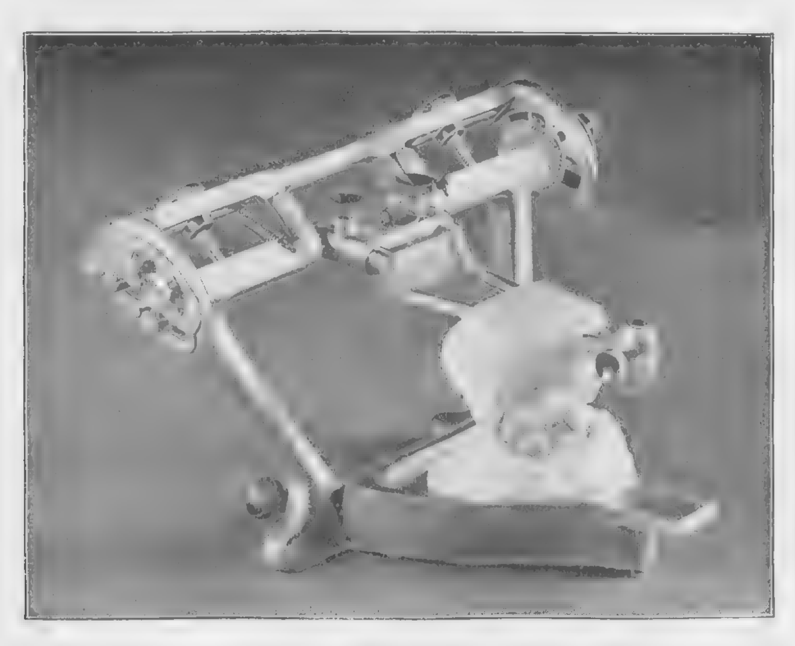


Fig. 29. — L'articulateur avec la seconde paire de brides pour les dentiers partiels, les ponts et couronnes ; l'articulation est à sa position moyenne.

Pour éviter dans ces divers travaux de prothèse partielle

des modèles de plâtre trop volumineux, on emploie la bride inférieure épaisse et la supérieure en forme de baïonnette (fig. 29).



Fig. 30. — Orientation des modèles par rapport à l'âge de l'articulateur pour la mise en plâtre.

Si l'on veut employer l'articulateur seul, sans les instruments de mensuration, il est de toute importance de mettre les modèles en plâtre de telle façon que le plan d'occlusion soit le plus possible horizontal, c'est-à-dire parallèle à la surface de la table sur laquelle on travaille, car la division en degrés de l'articulation de l'appareil est déterminée par rapport à cette horizontale. De même la région des incisives doit être éloignée d'environ 10 cm. des supports *D* (fig. 25) (eux-mêmes à un éloignement l'un de l'autre de 10 cm.) (triangle de Bonwill).

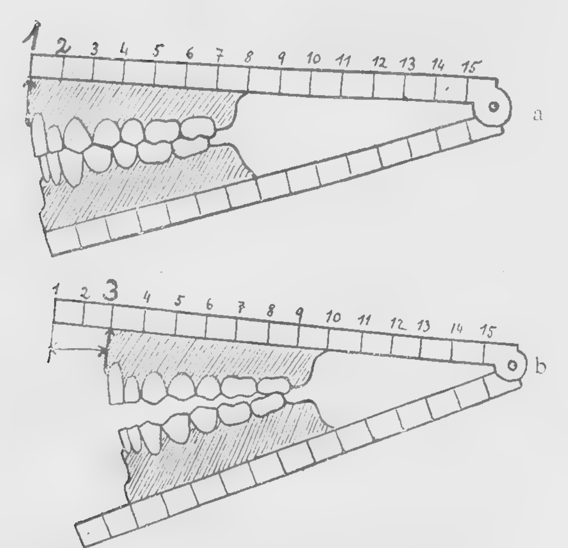


Fig. 31. — **Conséquences** d'une mise en plâtre trop en avant ; en bouche, les molaires seules viennent en contact.

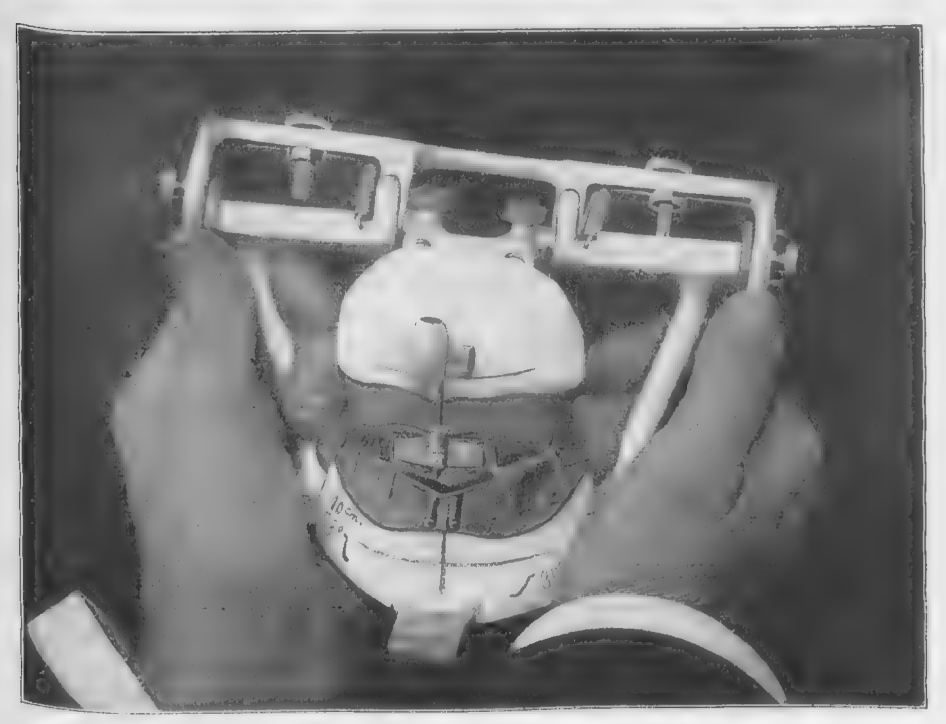


Fig. 32. — Manière de fixer la position des supports postérieurs (centre de rotation) par rapport à la trajectoire des incisives. — Comment on tient l'articulateur pour faire des mouvements latéraux pendant la disposition des dents.

La fig. 32 montre comment l'articulateur *doit être tenu* pendant la disposition des dents pour exécuter les mouvements de mastication.

Wallisch reproche à ce genre d'articulateur d'occuper les deux mains. Ce reproche est inexact, car on ne s'occupe que d'un côté à la fois, d'où liberté d'une des mains qui peut faire les corrections nécessaires.

(A suivre.)

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 5 octobre 1909.

Extrait du procès-verbal.

La Société d'Odontologie s'est réunie en assemblée générale sous la présidence de M. Barrié, président, le 5 octobre 1909, à 9 heures du soir, à l'Ecole dentaire de Paris.

Les procès-verbaux sont adoptés sans observation.

Le secrétaire adjoint donne lecture du rapport annuel.

RAPPORT PRÉSENTÉ PAR M. G. VILLAIN

Secrétaire adjoint de la Société d'Odontologie.

Messieurs et chers confrères,

Chaque année votre secrétaire général doit s'acquitter d'une tâche agréable qu'il revendique toujours avec un légitime orgueil : la lecture de son rapport sur les travaux de la Société d'Odontologie de Paris. Cette place enviée, je la tiendrais avec joie, si je ne la devais à une malheureuse circonstance. Notre secrétaire général, en effet, très cruellement souffrant depuis près de deux mois, s'est vu obligé de me confier le soin d'écrire et de présenter ce rapport.

Avant de vous entretenir des travaux de la Société, permettez-moi de remercier ceux qui ont eu la tâche de les organiser, notre président, d'abord, dont la courtoisie et l'affabilité dans la direction des séances furent si prisées, et qui montra tout son dévouement à la Société lorsque, victime d'un grave accident des suites duquel il est à peine remis, il vint néanmoins présider notre réunion de juillet ; à notre secrétaire général enfin à qui j'adresse tous mes vœux de prompt rétablissement.

Étant données les circonstances dans lesquelles ce rapport vous est présenté, vous voudrez bien en excuser la concision ; je ne ferai, en effet, qu'une énumération des travaux qui ont vu le jour dans cette enceinte ; je ne vous les rappellerai pas autrement ; car vous en avez tous gardé un exact souvenir, soit pour avoir assisté à nos séances, soit pour avoir lu les comptes rendus qui ont paru dans *L'Odontologie*.

D'octobre à juillet, la Société d'Odontologie a tenu treize séances,

dont quatre réservées à des démonstrations pratiques. Dans les communications qui ont été particulièrement nombreuses, toutes les branches de l'Odontologie se trouvent représentées depuis la dentisterie opératoire, jusqu'aux questions d'hygiène dentaire et d'enseignement.

En dentisterie opératoire nous avons vu *M. Siffre* faire la démonstration de son procédé de trépanation coronaire pour le cathétérisme facile des canaux radiculaires, ainsi que du traitement par l'acide sulfurique qu'il préconise pour la désinfection des canaux [1].

La thérapeutique du quatrième degré nous a également valu de voir l'application par *Mme et M. Fildermann* de leur méthode aspiratrice [2] ainsi qu'une communication de *M. Miégeville* sur les propriétés du formothymol [3].

M. Morineau a plaidé chaleureusement la cause de l'or mou et a présenté un ingénieux condensateur destiné à en faciliter encore l'emploi ; à deux reprises, il a fait la démonstration de sa technique [4]. L'or mou a également trouvé un défenseur en *M. Lucien Lemerle* qui a expérimenté devant vous son condensateur intermaxillaire [5].

M. Levett enfin a montré les bons résultats que l'on obtient en combinant l'or et l'étain [6].

M. Machtou a étudié la préparation des cavités pour émaux d'après des principes personnels [7].

Dans une séance pratique, *M. Geoffroy* a appliqué sa méthode d'incrustations de porcelaine [8].

Vous avez pu voir expérimenter, et à différentes reprises les différentes méthodes de coulée des inlays et des pièces prothétiques : le procédé de la présence de vapeur d'eau par *M. Solbrig* [9], le procédé utilisant la force centrifuge par *M. Ferrand* [10], la méthode par le vide, par *M. Real*, dans une séance dont le procès-verbal sera publié incessamment. D'autre part *M. Paul Jean*, nous a présenté un alliage nouveau qui se prête admirablement à la coulée, et qui peut être employé dans la confection des inlays et des bridges [11].

---

1. V. *Odontologie*, 15 juin 1909, p. 570.
2. » 15 juin 1909, p. 572.
3. » 15 février 1909, p. 159.
4. » 30 mars 1909, p. 341 ; 15 juin 1909, p. 571.
5. » 30 mars 1909, p. 341.
6. » 30 mars 1909, p. 342.
7. » 30 avril 1909, p. 424.
8. » 30 mars 1909, p. 342.
9. » 15 juin 1909, p. 569.
10. » 15 juin 1909, p. 569.
11. » 30 juin 1909, p. 641.

Dans le domaine de la prothèse, nous avons vu, de *M. Amoëdo* la présentation d'un nouvel articulateur anatomique [1], de *MM. H. Lanos et G. Villain* la présentation d'un certain nombre de modèles de bridges [2], l'exposé d'une méthode de confection de dents à pivots pour prémolaires supérieures à canaux divergents, par *M. Bruschera*, une étude des dents à pivot au point de vue dynamique, par *M. G. Villain* [3], enfin une controverse sur le triangle de Bonwill [4] entre M. Choquet [5] et M. G. Villain [6].

La prothèse restauratrice n'a été représentée que par un nom ; il est vrai que c'est celui de son meilleur champion, *M. Delair*. Vous vous rappelez sa communication sur un cas de prothèse de temporal [7], ainsi que sa présentation, en juillet dernier, d'un appareil pliant pour ce mutilé à la guerre du Maroc. M. Delair nous a également présenté un enfant porteur d'un dilatateur du pharynx nasal contre la symphyse palato-pharyngienne [8], appliqué à la suite de l'opération pour atrésie cicatricielle du pharynx que vous a magistralement exposée M. Kœnig [9].

Cette année les communications relatives à l'orthodontie ont été nombreuses et nous nous félicitons de voir cette branche sur notre science intéresser de plus en plus les dentistes français. Nous avons eu de *M. Godon* une communication sur un procédé de détermination, au début du traitement, des déplacements dentaires à opérer [10]; de *M. A. Jouard* la relation d'un cas d'application de la force intermaxillaire dans un cas de prognathisme du maxillaire inférieur [11]. *MM. H. et G. Villain* ont présenté de nombreux cas de redressement opérés d'après les principes d'Angle [12]. Notre confrère de Bruxelles, *M. Huet*, nous a présenté un essai de classification des anomalies, irrégularités des dents, des arcades dentaires, des maxillaires [13]. Enfin *M. G. Villain* a communiqué un essai d'unification de la terminologie et de diverses classifications en orthodontie [14].

Une commission de terminologie a été instituée dont les premiers travaux nous ont été signalés [15].

---

1. V. *Odontologie*, 15 juin 1909, p. 570.
2. » 15 juin 1909, p. 571.
3. » 30 janvier 1909, p. 129.
4. » 30 mars 1909, p. 307.
5. » 30 mars 1909, p. 307.
6. » 30 mars 1909, p. 313.
7. » 15 mai 1909, p. 451, 15 nov. 1908, p. 429.
8. » 15 juillet 1909, p. 12.
9. » 15 juillet 1909, p. 5.
10. » 30 avril 1909, p. 403.
11. » 15 juin 1909, p. 560.
12. » » » » 572.
13. » 30 juillet 1909, p. 49.
14. » 15 janvier, 28 février, 15 mars 1909.
15. » 30 janvier 1909, p. 127.

L'anesthésie pulpaire et dentinaire a été fréquemment à l'ordre du jour cette année, et l'on peut dire que la mise au point de cette question est due en grande partie aux travaux qui ont vu le jour à la Société d'Odontologie. L'anesthésie par les injections de cocaïne adrénaline a été exposée par *M. Touchard*[1], *M. Vanel*[2], *M. Dreyfus*[3].

MM. Quintin et Pitot ont fait une communication importante sur l'anesthésie pulpaire par la novocaïne[4]; ils ont expérimenté cette méthode devant vous[5] ainsi que *M. Lemière*[6]. *M. Choquet* a présenté un nouvel anesthésique donnant également d'excellents résultats, la néocaïne-surrénine[7].

Nous avons eu seulement deux démonstrations d'anesthésie générale par le chlorure d'éthyle, par *MM. Fouques* et *Staviski*[8], d'une part, et par *M. Miégeville*, d'autre part, qui s'est servi d'un masque nouveau de son invention[9].

Il vous a été présenté un certain nombre d'instruments nouveaux : la canule démontable, de *M. Boileau*, pour lavage du sinus[10], les daviers articulés, dits daviers élévateurs de *M. V. Bernard*[11], le miroir électrique et le brûleur à allumage électrique de *M. Legrand*[12].

A signaler également la fiche dentaire ingénieusement combinée par M. Boileau[13].

Les applications de la radiographie continuent à être fréquentes en odontologie. *M. Aubourg* nous a montré quel en est l'état actuel[14]. *M. Guisez* nous a fait voir comment à l'aide de son instrumentation spéciale, et par le broncho-œsophagoscopie on peut extraire les dentiers tombés dans les bronches et l'œsophage[15].

Je ne quitte pas le domaine de l'électricité sans signaler l'intéressante conférence faite par le professeur agrégé *Cavalié* sur le diagnostic électrique des pulpites[16].

En stomatologie, *M. Roy* nous a rapporté une intéressante

---

1. V. *Odontologie*, 15 juin 1909, p. 571.
2. » 15 avril 1909, p. 360.
3. » 15 janvier 1909, p. 90.
4. » 15 déc. 1908, p. 504.
5. » 30 nov. 1908, p. 459.
6. » 30 mars 1909, p. 341
7. » 30 avril 1909, p. 414.
8. » 15 juin 1909, p. 571.
9. » » » » 572.
10. » 30 juin 1909, p. 639.
11. » 30 juillet 1909, p. 53.
12. » 30 nov. 1908, p. 460.
13. » 30 juin 1909, p. 639.
14. » 15 mai 1909, p. 466 et 15 juin 1909, p. 570.
15. » 30 mai 1909, p. 501.
16. » 15 juin 1909, p. 571.

observation d'ostéome du bord alvéolaire. Au cours de deux séries de démonstrations pratiques, il fait devant de nombreux confrères l'opération du curettage alvéolo radiculaire dont il est le promoteur, ainsi que plusieurs opérations, de cure radicale de kystes d'origine dentaire. *M. Roy* nous a également exposé une étude sur quelques formes de nécrose des maxillaires [1].

M. Péré a apporté d'intéressantes observations : d'abord sur deux cas d'ostéite limitée considérée comme accident de la 1re ou de la deuxième dentition [2], puis un cas d'anomalie d'éruption par présence de dent permanente chez un sujet de 45 ans [3]. *M. Thuillier* a rapporté une curieuse observation de sinusite maxillaire causée par une canine en ectopie sur le plancher de l'antre d'Highmore [4]. *M. Vanel* enfin a montré les bons résultats qu'il a retirés de l'alcoolisation locale dans le traitement de la névralgie faciale [5].

La question de l'hygiène dentaire dans les écoles a trouvé un défenseur convaincu en *M. Roy* qui a fait voter par la Société un vœu à transmettre aux pouvoirs publics [6]. Je clôturerai la liste des travaux qui vous ont été soumis en rappelant la brillante conférence que nous fit *M. Frey* qui nous mettant au courant des dernières conquêtes de la biologie, traita avec la méthode que vous lui connaissez la question des sérums et de l'immunité.

Cette conférence couronna dignement la série des séances spéciales données à l'occasion de la célébration de la réforme des études dentaires et du trentenaire de la création des premières sociétés dentaires. Cette année en effet marquera une victoire de l'idée odontologique, M. Godon nous en a, au mois de janvier, apporté la nouvelle, et nous a fait l'historique de la réforme des études dentaires [7].

La Société d'Odontologie ne pouvait mieux faire, pour fêter cette victoire, que d'organiser ces trois séances du mois de mai dont vous avez tous gardé le souvenir et qui avaient attiré de province et de l'étranger de très nombreux confrères.

Je ne terminerai pas ce rapport sans rappeler le succès qui a marqué le Congrès de Lille, et celui de Berlin, où les membres de la Société d'Odontologie ont été nombreux et au succès desquels ils ont largement contribué.

Je fais des vœux sincères pour que la session qui s'ouvre ce soir soit aussi féconde que celle qui finit et je ne puis mieux faire, en

---

1. V. *Odontologie*, 30 mars 1909, p. 337.
2. » 15 avril 1909, p. 366.
3. » 15 février 1909, p. 172.
4. » 30 mars 1909, p. 318.
5. » 30 janvier 1909, p. 121.
6. » 30 décembre 1908, p. 553.
7. » 30 mars 1909, p. 330.

terminant, que de reproduire les lignes qui clôturaient l'an dernier le rapport de notre secrétaire général : Je viens vous prier de ne jamais laisser échapper, par excès de modestie, l'occasion d'apporter votre contribution à l'enseignement commun ; dites-vous que tout est intéressant, que rien n'est négligeable, et que dans notre profession où existent tant de chercheurs, le moindre fait, bien observé, peut être l'origine de progrès insoupçonnés.

Il est procédé à l'élection du président, de deux vice-présidents, et du secrétaire adjoint pour 1910.

Sont élus : président, M. Mendel-Joseph : vice-présidents, MM. Blatter et Georges Robin ; secrétaire adjoint, M. G. Villain.

M. Choquet donne lecture d'un mémoire sur la résorption des dents de lait, et le processus physiologique de cette résorption ; cette lecture est accompagnée de projections.

A propos de l'hygiène dentaire, M. Décolland présente un vœu tendant à la création de postes officiels de dentistes inspecteurs.

La séance est levée à 11 h. 1/2.

Le secrétaire-adjoint,
GEORGES VILLAIN.

Séance du 2 novembre 1909.

La Société d'Odontologie de Paris a tenu sa séance mensuelle le 2 novembre 1909, à 9 heures du soir, sous la présidence de M. Mendel-Joseph, président.

Avant de céder la présidence à M. Mendel-Joseph, M. Barrié, président sortant, remercie en quelques mots la Société de lui avoir facilité sa tâche durant l'année écoulée ; il constate combien celle-ci aura été féconde, et il félicite la Société d'Odontologie du choix qu'elle a fait en portant à la présidence M. Mendel-Joseph.

I. — ALLOCUTION DE M. MENDEL-JOSEPH, PRÉSIDENT.

Pour un homme comme moi dont le meilleur de l'activité professionnelle est étroitement lié à l'œuvre de la Société d'Odontologie, c'est une grande satisfaction que l'honneur d'être appelé à présider à vos séances. La Société d'Odontologie est le groupement auquel, à travers les péripéties d'une carrière déjà longue, j'ai gardé intact mon affectueux attachement. Et comment en serait-il autrement ? On ne reste pas associé à une œuvre pendant de longues années sans y laisser un peu de son cœur. Le nom de la Société éveille en moi une foule de souvenirs doux et même amers, doux surtout, les seuls que je veux retenir. C'est ici que tout au début, à peine descendu des bancs de l'Ecole, dans le

passé combien lointain mais encore si vivant, je lisais timidement ma première communication. C'est dans le journal *L'Odontologie*, organe de la Société, que j'ai eu l'agréable émotion de me voir imprimé pour la première fois. C'est ici que je venais toutes les fois que j'avais quelque chose à dire, et aussi toutes les fois que j'avais quelque chose à apprendre. A mes modestes études vous avez toujours accordé un accueil sympathique, et bien que tout effort intellectuel ayant pour objet de nous élever vers une compréhension plus exacte des choses renferme en lui-même la meilleure récompense, votre bienveillante approbation a été pour moi un précieux encouragement.

C'est encore par l'organe du journal *L'Odontologie*, dont nul ne conteste l'autorité et la puissance de diffusion, que mes quelques écrits ont parcouru le petit monde professionnel, et m'ont valu des témoignages de sympathie d'autant plus précieux qu'ils venaient de loin et émanaient des personnes qui honorent notre profession.

Aujourd'hui, par vos suffrages spontanés, vous venez de m'accorder un honneur qui, certes, satisfait mes ambitions mais dépasse, je le crains, mes mérites. Je ne veux voir dans cette marque de faveur qu'une sorte de reconnaissance de mon sincère effort vers le mieux. Permettez-moi de vous assurer de ma fidèle gratitude.

Le poste que vous m'avez confié pour l'année à venir est de ceux qui sont à juste titre recherchés. La raison en est simple. Tout d'abord les hommes qui tour à tour ont occupé cette place ont jeté sur cette fonction un prestige et un éclat qui rejaillit sur celui que vous avez porté à leur succéder. Ensuite l'œuvre à accomplir n'est-elle pas la meilleure entre toutes ?

La Société d'Odontologie occupe dans l'organisme complexe de notre groupement une place particulièrement privilégiée. Son domaine est celui de la science même de la profession. Elle est neutre par définition. Elle n'est d'aucun parti ; elle ne connaît d'autres luttes que celles qui se livrent pour le progrès de la science ; elle n'a d'autres aspirations que de nous armer plus solidement pour le bon combat contre la douleur et la maladie. Ceux qui y viennent pour enseigner ou pour apprendre sont assurés d'y trouver un accueil bienveillant et sympathique.

C'est pour cette œuvre de mutualité scientifique que j'ai l'honneur de convier toutes les bonnes volontés.

Combien il nous serait agréable de voir les membres de toutes les sociétés professionnelles venir en nombre à nos séances et prendre part à nos discussions. Combien nous serions heureux de voir s'organiser ici, sous l'égide de cette société, un mouvement de détente, sinon de concorde, entre les fractions dissidentes de

nos groupements confraternels. Nous avons aussi l'espoir que les membres de la Société de stomatologie, seront souvent des nôtres; nous serons particulièrement heureux de les avoir ici. Ils se rendront compte de la parenté intime de nos sociétés respectives : mêmes sujets à l'ordre du jour, mêmes préoccupations techniques et scientifiques, même ampleur de discussion, même affectueuse urbanité. Une simple étiquette, semble-t-il, les divise et les oppose.

Puisque me voilà sur le sujet de la stomatologie, voulez-vous me permettre d'exprimer nettement ma façon de voir sur le conflit, plus aigu que jamais, qui met aux prises les odontologistes et les stomatologistes.

Devenu, sur le tard, médecin et membre de la Société de stomatologie je me crois obligé, pour dissiper toute ambiguïté, de dire quelques mots à ce sujet.

Je suis d'avis que pour exercer notre profession avec compétence nous ne serons jamais assez instruits, jamais assez savants, et j'applaudirai de tout cœur à toute réglementation, à toute loi qui aura pour objet d'élargir le domaine de toutes nos connaissances ; mais à cette condition expresse que la science technique, la technologie dentaire demeure l'élément fondamental, l'élément prépondérant de cette instruction. Soyez docteurs en médecine, soyez docteurs ès sciences, rien de mieux, et ce n'est pas moi qui vous en ferai le reproche, mais soyez avant tout dentiste et technicien, faute de quoi avec toute votre culture et toute votre science vous ne serez qu'un praticien médiocre et incomplet.

Le devoir le plus noble, le plus élevé de l'homme est de connaître d'une manière approfondie la profession qu'il exerce. Il importe que chacun de nous accomplisse sa fonction, haute ou modeste, au mieux des intérêts de ceux qui s'adressent à notre compétence. La tâche du dentiste, de l'odontologiste, du stomatologiste, appelez-le comme vous voulez puisque c'est la même chose, se résume pratiquement dans la technique opératoire dont les manœuvres délicates et complexes exigent des aptitudes que seule une instruction méthodique et prolongée peut développer.

Mais s'il est juste et nécessaire de reconnaître le rôle prééminent de la technique, dans le total des sciences indispensables à l'exercice de notre profession, on ne saurait méconnaître la valeur considérable d'une culture générale et d'une large instruction médicale. A ce point de vue, la supériorité du médecin ne saurait, à mon avis, être mise en doute.

La nouvelle réglementation qui institue un stage d'études préliminaires de deux ans serait-elle de nature à rétablir quelque

peu l'équilibre ? Pour en tirer le maximum d'avantages il faudrait que ce stage consistât en deux années d'études comparables au P. C. N. et par la nature des matières enseignées et par le caractère expérimental de l'enseignement, tout en orientant le programme vers l'objectif précis de notre spécialité.

S'il n'en était pas ainsi, si l'on accordait à l'élève la faculté d'accomplir ce stage n'importe où, n'importe comment, dans n'importe quelle condition, la réforme aboutirait à ce lamentable et douloureux résultat qui consiste à ravir à l'adolescent deux années les plus importantes de sa vie d'études.

Nous gardons l'espoir que ceux de nos confrères qui ont été les principaux inspirateurs de cette réforme réussiront à en réaliser l'application d'une manière judicieuse et en harmonie avec les véritables intérêts de notre profession.

Je ne saurais terminer sans vous dire combien il m'est agréable de succéder au confrère distingué, à l'opérateur ingénieux et probe, à l'ami fidèle et dévoué qu'est M. Barrié. Sa présidence a été un modèle de sobriété et de tact.

Je chercherai à m'inspirer de son excellent exemple.

II. — A propos de l'hygiène dentaire scolaire, par M. M. Roy.

M. Maurice Roy. — Pour la troisième fois je viens, au début des travaux de la Société d'Odontologie, vous parler de l'hygiène dentaire scolaire. A deux reprises déjà j'ai apporté ici un vœu en faveur de cette hygiène dentaire scolaire. J'ai dit que je voulais enfoncer cette idée comme un clou dans la tête des membres de la Société d'Odontologie et si possible dans celle des administrations publiques compétentes. L'année dernière j'ai insisté d'une façon toute particulière pour que le vœu qui n'avait pas été envoyé aux administrations compétentes fut adressé.

Cette année, je reviens donner un nouveau coup de marteau sur le clou pour l'enfoncer plus avant dans les esprits parce que la question d'hygiène scolaire me paraît être malheureusement toujours d'actualité et qu'elle se présente même avec plus de force et plus d'à-propos que jamais.

J'ai eu le plaisir d'aller cette année à Berlin. Or parmi les visites qui ont été faites par les congressistes il en est une qui m'a vivement intéressé : celle de la clinique dentaire scolaire de Berlin. Cette visite m'a donné une idée de l'importance qu'on attache, en Allemagne, à cette question de l'hygiène dentaire scolaire. Nous avons vu un établissement tout à fait à ses débuts, puisqu'il n'était organisé que depuis six mois.

Dans cet établissement se trouvent un directeur M. Kientopf et

un assistant qui sont appointés pour se consacrer *exclusivement*, toute la journée, au traitement des dents des enfants.

On soigne ainsi gratuitement tous les enfants des écoles publiques de Berlin et cela d'une façon tout à fait régulière. Les établissements de ce genre ne sont pas une exception en Allemagne. Il existe déjà dans ce pays un grand nombre de villes qui possèdent des établissements semblables et cela depuis plus longtemps qu'à Berlin.

A Strasbourg, notamment, M. Jessen, dont il convient de citer le nom avec beaucoup d'éloges, s'est employé d'une façon très active à développer l'hygiène dentaire scolaire. Il a organisé, grâce à sa persévérance, à sa ténacité, un service dentaire qui peut être considéré comme une organisation modèle de service dentaire scolaire.

C'est certainement un de ceux qui ont et qui auront le plus fait pour le développement de cette branche si importante de l'hygiène.

En Allemagne, il existe à l'heure actuelle 23 villes, si je m'en rapporte au rapport fait par M. Kientopf au Congrès de Berlin, qui ont des cliniques dentaires scolaires analogues à celles de Berlin et de Strasbourg avec plus ou moins de développement; ce sont des cliniques dentaires où des dentistes appointés spécialement pour cela traitent toute la journée les élèves des écoles publiques.

En outre, 14 autres villes ont également des cliniques dentaires dans lesquelles des dentistes particuliers soignent, à certaines heures, les enfants des écoles, après entente avec les municipalités. Il y a là une organisation tout à fait intéressante.

Dans les autres pays, ainsi qu'on peut le voir par l'étude très intéressante qu'a publié Mlle Sommer dans *L'Odontologie*, il y a déjà des embryons d'inspection dentaire scolaire, mais nulle part ailleurs il n'existe quelque chose de comparable comme organisation et importance à ce qui existe en Allemagne. Je vous avoue qu'en lisant les travaux parus sur cette question, en voyant ce qui se fait à l'étranger, j'ai été quelque peu peiné de penser que dans notre pays il n'existe rien de comparable et qu'il faut arriver à l'année dernière pour avoir un commencement d'organisation, et combien restreint, dans les Ecoles normales primaires. Il y a là vraiment une lacune sur laquelle j'insiste encore d'une façon tout particulièrement pressante.

Je ne m'étendrai pas sur ce sujet, je n'ai pas besoin de le faire, nous sommes tous convaincus de l'importance du développement de l'hygiène dentaire scolaire. Or actuellement le Conseil municipal de la ville de Paris est en train de réorganiser l'inspection médicale des écoles.

Dans cette organisation de l'inspection médicale des écoles, on

ne parle pas du tout des soins des dents, ni de l'inspection dentaire. Or je crois que le moment serait bien choisi pour aller auprès du Conseil municipal, auprès de son bureau et du rapporteur du projet d'inspection médicale scolaire, pour leur dire l'importance qu'il y aurait à ce qu'une inspection dentaire scolaire soit organisée pour leur montrer le rang tout à fait inférieur que tient à ce sujet la ville de Paris qui, par tant d'autres côtés, marche à l'avant-garde des autres pays.

Je crois que certainement, si l'on pouvait exposer aux autorités compétentes les quelques points qui seraient susceptibles de les frapper, comme, par exemple, l'organisation qui existe en Allemagne, il y aurait peut-être là un moyen de faire avancer un peu les idées que nous défendons. Je vous propose donc d'adopter à nouveau le vœu que j'ai déjà présenté les deux années précédentes, en demandant à votre Bureau, auquel on pourrait adjoindre certains membres, si vous le jugez à propos, de vouloir bien se charger de porter ce vœu au Bureau du Conseil municipal et au rapporteur de l'inspection médicale scolaire avec un court rapport contenan les quelques chiffres susceptibles de frapper leur esprit.

Ce vœu est ainsi conçu :

« *Considérant l'importance de l'hygiène dentaire, tant à son point de vue particulier qu'au point de vue de l'hygiène générale ;*

» *Considérant que l'hygiène dentaire est particulièrement importante chez l'enfant, que son absence entraîne fréquemment des troubles graves de la santé générale et nuit toujours au développement de l'organisme si susceptible de l'enfant ;*

» *Considérant, d'autre part, que l'inspection dentaire scolaire est un moyen des plus utiles pour l'amélioration de l'hygiène buccale et que cette inspection dentaire scolaire fonctionne déjà dans plusieurs villes de l'étranger avec le plus grand succès ;*

» *La Société d'Odontologie de Paris émet le vœu que l'inspection dentaire scolaire soit organisée dans toutes les écoles de France et particulièrement dans celles de la ville de Paris, comme elle vient d'être organisée dans les écoles normales d'instituteurs par le Ministère de l'Instruction publique, et se met à la disposition des autorités compétentes pour leur indiquer et leur faciliter les moyens de réaliser cette inspection.* »

Le Bureau de la Société d'Odontologie est chargé de faire parvenir ce vœu : 1° à la Direction compétente du Ministère de l'Instruction publique ; 2° à la Direction de l'enseignement primaire de la Seine.

DISCUSSION.

M. Vanel. — A propos de cette question, je vous ai apporté une lettre que j'ai reçue de la Préfecture de la Seine.

J'avais fait au courant de cette année une demande pour établir un service d'inspection dans les écoles primaires d'une commune du département de la Seine comptant 20.000 habitants environ. Cette demande je l'avais faite au maire, que je connaissais et qui m'approuva immédiatement. J'ai longtemps attendu une réponse ; enfin, après cinq mois, j'ai reçu du maire de la commune en question une lettre, où il me dit ne pouvoir accepter mon offre, car les règlements s'opposent à l'entrée d'un dentiste dans les écoles communales. Vous voyez donc comment les pouvoirs publics nous facilitent la tâche.

Quelque temps après, le maire me fit venir à nouveau pour me proposer par un autre moyen d'établir cette inspection dentaire : « Puisque vous voulez bien faire quelque chose, me dit-il, pourquoi ne faites-vous pas ce qui existe depuis longtemps dans la ville de Paris ? Nous avons déjà un dispensaire, nous allons nous y créer un cabinet, ce qui ne regardera en aucune façon l'administration. Nous installerons ce cabinet avec le secours de la caisse des écoles et vous y recevrez le jeudi matin. » — Je n'ai pas accepté cette offre.

D'autre part, je fais partie d'un dispensaire organisé par les soins de la caisse des écoles d'un arrondissement de Paris. Il y existe une clinique dentaire pour les enfants des écoles. Ces enfants y viennent d'eux-mêmes, ils viennent cependant en général envoyés par les maîtres ou maîtresses. Ces sortes de dispensaires, je sais qu'il en existe un dans le 3e arrondt, un dans le 10e, doivent exister dans chaque arrondissement de Paris. Dans ces dispensaires, on ne peut pas faire grands soins, nous n'y voyons d'ailleurs pas beaucoup de malades. J'ai cherché pour ma part le nombre le plus considérable d'enfants ayant été traités au dispensaire dont je fais partie et j'ai trouvé que c'était 200 par an. Or, il doit y avoir 5.000 enfants environ. Le dispensaire dont je m'occupe ne fonctionne que le jeudi et seulement pendant neuf mois de l'année. Il est assez mal outillé : il y a un fauteuil de clinique dans le genre de ceux que nous avons ici à l'École. Il y a 17 daviers, mais il n'y en a aucun pour dents de lait, et on ne voit que des enfants de 5 à 12 ans. Il y a par contre des daviers à dents de sagesse ! Il doit y avoir en tout deux douzaines d'instruments, mais il n'y a pas de tour ! En fait de médicaments il n'y a guère que de l'acide phénique.

Je n'ai pu obtenir qu'une chose jusqu'ici, c'est qu'on fasse des imprimés qu'on distribue aux enfants qui viennent nous trouver et qui contiennent des conseils relatifs à l'hygiène dentaire.

Donc il existe, au point de vue de l'hygiène dentaire, dans certains arrondissements de Paris, des dispensaires où l'on fait quelque chose, peu de chose assurément, mais enfin c'est un commencement.

M. Godon. — J'ai été très heureux de voir M. Roy, au retour du Congrès de Berlin, présenter cette communication sur l'hygiène dentaire scolaire.

Nous avons tous été frappés, à Berlin, de la place importante que l'hygiène dentaire scolaire tient dans les préoccupations, non seulement des dentistes, mais des municipalités. Il y avait un commencement assez important d'organisation pour le traitement et l'inspection des dents des enfants. M. Roy vous a rappelé également les efforts considérables qu'un certain nombre de dentistes allemands ont faits, notamment Jessen, à Strasbourg, pour vulgariser ces soins dentaires chez les enfants ; il vous a dit ce qui avait été fait au point de vue de l'organisation des cliniques dentaires scolaires.

Le Congrès a abouti du reste à un résultat pratique dans cette voie de vulgarisation, en instituant une Commission d'hygiène publique de la Fédération dentaire internationale, en plaçant à sa tête Jessen et en créant une série de Comités nationaux destinés à donner la plus grande expansion dans tous les pays du monde, à faire connaître les progrès qui ont été accomplis dans cette voie en Allemagne pour tâcher d'obtenir les mêmes résultats dans les autres pays.

Non seulement cette question ne doit pas laisser indifférente la Société d'Odontologie, mais elle ne doit laisser indifférent aucun de nos confrères de Paris ou de province. Nos confrères ne resteront pas indifférents, s'ils veulent bien se rendre compte de l'importance que cela a donnée à la situation sociale du dentiste en Allemagne. Nous avons tous été frappés de certaines manifestations reflétant l'opinion officielle. C'est ainsi que le Congrès s'est tenu dans le palais du Parlement mis à la disposition des dentistes par le gouvernement allemand ; que tous les ministères se sont fait représenter, que des subventions importantes ont été données. Il y a eu le télégramme de l'Empereur à la séance d'ouverture, les télégrammes aux différentes séances. De plus le bourgmestre de Berlin a reçu en un banquet 500 membres du Congrès à l'Hôtel de Ville.

Si vous comparez ces résultats, qui n'ont qu'une importance relative, il est vrai, mais qui montrent cependant la place qu'on donne aux choses dentaires en Allemagne, si vous les comparez, dis-je, avec ce qui se passe à l'occasion des Congrès dans les autres pays, en France surtout, vous voyez tout de suite que nous sommes loin d'avoir obtenu des pouvoirs publics de tels appuis. Pourquoi l'ont-ils obtenu, eux, cet appui ? C'est parce qu'ils ont su faire apprécier leurs soins non seulement par leur clientèle, mais encore par les pouvoirs publics au point de vue de l'hygiène scolaire. Dans les plus grandes villes, on voit que les autorités sont

convaincues de cette importance, de cette utilité sociale du dentiste, que presque partout il y a des cliniques scolaires publiques.

M. Roy nous signale la clinique dentaire scolaire de Berlin pour les enfants, mais nous avons également vu la clinique pour les adultes. Nous avons vu là-bas que la loi, et je le citais à un membre du Parlement qui m'a prié de lui faire une note à ce sujet, parce qu'il trouvait utile de la communiquer lors d'une discussion prochaine, nous avons vu, dis-je, que la loi sur l'assurance obligatoire contre la maladie en Allemagne, qui existe, je crois, depuis une vingtaine d'années, vient d'obliger tous les assurés, c'est-à-dire tous les gens ayant un salaire inférieur à 2.500 francs, à aller se faire soigner à la clinique dentaire et cela dans un but de prophylaxie, afin d'éviter les maladies, causes de trop grands frais.

Et à ces malades, on ne donne pas de soins d'urgence, comme on en donnerait dans les hôpitaux, on leur donne des soins de dentisterie complète, comme cela se ferait à l'Ecole dentaire ou dans les cabinets privés.

Ces gens passent avec leurs livrets et sont obligés de se faire soigner, de se faire obturer les dents et même de se faire faire des appareils de prothèse, si c'est indiqué.

Les pouvoirs publics sont convaincus là-bas de la nécessité de soigner les dents des enfants, les dents des adultes, et l'État le fait à ses frais en ce qui concerne les enfants des écoles publiques et les adultes qu'il assure. Il est ainsi convaincu en même temps de l'importance de votre rôle de chirurgien-dentiste.

Je dirai donc que c'est une question de dignité et d'intérêt professionnels au premier chef, pour vous tous, que cette question de l'hygiène dentaire scolaire. Je félicite M. Roy de nous l'avoir présentée ce soir.

M. Vanel vient de nous faire part des déceptions qu'il a eues lorsque bénévolement et généreusement il a offert son concours au Conseil municipal d'une ville de banlieue.

Mais, comme tous les Français, il connaît peu la loi, il ne sait pas que la loi sur l'enseignement primaire ne permet l'entrée dans les écoles qu'aux médecins, aux délégués cantonaux et à l'inspecteur primaire.

Nous avons eu pour notre compte les mêmes déceptions que lui. Je vous ai déjà dit qu'en qualité de délégué cantonal je pouvais entrer dans les écoles de mon arrondissement pour voir si un carreau était cassé, si l'enseignement qu'on y donne est moral, mais que par contre je ne pouvais pas regarder les dents des enfants.

On m'a proposé de recevoir les enfants chez moi. Or nous avons abouti à ce que trois dentistes, Lalement, moi, et je crois M. Lampert, comme autrefois Stévenin, soient nommés dentistes des

écoles. On nous envoie donc les enfants qui souffrent des dents.

On m'avait bien proposé de m'installer un dispensaire au bureau de bienfaisance, mais la mairie du huitième est si exiguë qu'on n'a pu y trouver le moindre cabinet pour y mettre un fauteuil.

Sur les 3 ou 4.000 enfants que compte notre arrondissement chacun de nous reçoit 4 ou 5 enfants par an ! Ce piètre résultat tient à ce qu'il n'est pas pratique que les enfants viennent nous trouver dans nos cabinets.

M. Roy. — C'est l'inspection qui doit être la base de tout.

M. Godon. — La conclusion de tout cela, c'est de regretter que les enfants n'aient pas à Paris leurs dents soignées aussi bien que cela se fait à Berlin. Mais, à mon avis, il ne faudrait pas envoyer votre vœu au Conseil municipal de Paris, qui n'y pourra rien.

Il faudrait envoyer ce vœu au Parlement. Vous n'avez qu'une ressource pour aboutir, c'est de passer par le Ministère de l'Instruction publique, c'est de faire modifier par le Parlement la loi sur l'enseignement primaire qui a besoin d'être modifiée sur différents points. C'est une pétition qu'il vous faut faire, et pas autre chose.

Or ce vœu peut être voté si M. Roy veut bien y apporter la petite modification que je signale, pour lui donner la forme d'une pétition à transmettre au Parlement. Vous pourriez demander à votre Bureau qu'il fasse parvenir cette pétition aux autorités compétentes, c'est-à-dire au Ministre de l'Instruction publique et au Parlement, mais comme je l'ai déjà dit, il faudrait que cela ait la forme d'une pétition souhaitant que les enfants des écoles primaires françaises soient aussi bien traités que les enfants des écoles primaires allemandes.

M. Barrié. — Comme le sont d'ailleurs ceux des lycées et collèges.

M. Godon. — Dans l'enseignement secondaire, ce n'est pas la même loi. L'hygiène dentaire existe, il y a des dentistes dans les lycées et même pour les écoles primaires supérieures. Vous avez vu qu'au sujet de l'inspection dentaire dans ces écoles, le Ministre de l'Instruction publique a pu permettre l'entrée du dentiste inspecteur, parce qu'il n'existe dans la loi de l'instruction primaire supérieure aucune interdiction.

M. Roy. — J'ai dit tout à l'heure que le Conseil municipal s'occupe de réorganiser l'inspection médicale. Tout en étant gêné par la loi en question sur l'enseignement primaire, le Conseil municipal pourrait peut-être, par son action, émettre un vœu en faveur de cette inspection dentaire.

Néanmoins, que cela soit par un moyen ou par un autre, ce que je voudrais c'est qu'on envoyât sans relâche à tous les pouvoirs

publics des pétitions semblables, de façon que, dans un avenir que je voudrais très prochain, nous puissions avoir un commencement d'organisation de cette inspection dentaire scolaire, car vous n'aboutirez jamais à un traitement s'il n'y a pas inspection préalable. Les enfants, comme les adultes du reste, sont convaincus que du moment qu'ils n'ont pas mal, ils n'ont pas besoin de se faire soigner.

Je suis inspecteur de l'Ecole normale des instituteurs de la Seine. Or j'ai le regret de constater que dans ce milieu qui est relativement cultivé, instruit, il est extrêmement difficile de faire pénétrer des notions aussi simples que celle de l'utilité des soins dentaires préventifs.

Avant les vacances j'avais inspecté les 120 élèves. J'ai fait pour chacun d'eux une fiche constatant l'état de la bouche et je leur ai dit : Voilà ce que vous avez à faire. Or sur les 120 élèves, tous sauf trois avaient besoin de se faire soigner les dents. Il y en a eu 10 qui se sont fait traiter, les autres n'en ont rien fait et ce n'étaient pas les bouches les moins malades qui sont restées sans soins.

Je dois dire cependant qu'au point de vue du brossage des dents il y a eu amélioration. Alors que dans ma première inspection j'ai constaté un grand nombre de bouches assez sales, cette fois-ci j'ai constaté que sauf quelques rares exceptions les dents étaient brossées. Mais ils conservent leurs caries et un grand nombre m'ont tenu ce langage absurde : je ne me fais pas soigner parce que je ne souffre pas.

Il est donc nécessaire que cette inspection soit poursuivie pendant de longues années pour qu'elle puisse donner des résultats et je vous demande d'approuver le vœu que je vous ai présenté ce soir pour qu'il soit envoyé aux autorités compétentes par le Bureau de la Société d'Odontologie que vous chargerez de ce soin.

M. Godon. — Il pourrait être envoyé sous forme de pétition au Parlement et au Ministère de l'Instruction publique, afin d'arriver à obtenir la modification de la loi sur l'enseignement primaire.

M. Roy. — Si vous voulez, je pourrais modifier le texte, d'accord avec le Bureau de la Société d'Odontologie pour que ce texte soit envoyé aux autorités compétentes.

M. le président. — Je crois que nous sommes tous unanimes à considérer l'importance professionnelle et sociale de la question que M. Roy vient d'exposer. Je crois que nous devons être reconnaissants à M. Roy d'avoir abordé ce soir cette question de la plus haute importance.

Le vœu présenté par M. Roy est adopté, et il est décidé qu'il sera adressé aux pouvoirs publics.

III. — Présentation d'une lampe électrique a réflecteur portative, par M. Debray.

M. Debray (de Saint-Germain) présente un réflecteur électrique d'une construction nouvelle dont la description sera donnée très prochainement.

Cette lampe alimentée par des accumulateurs qui peuvent se mettre dans une poche, est montée sur la partie moyenne d'une paire de lunettes que met l'opérateur ; le champ opératoire se trouve donc éclairé au moment opportun.

IV. — Contribution a l'étude des malpositions verticales par exagération de la distance naso-mentonnière, par MM. Frey et de Névrezé.

M. de Névrezé. — Je vais faire passer pendant ma communication deux modèles de malpositions verticales caractérisées au point de vue de l'occlusion par une béance dans un cas de dix dents antérieures, dans l'autre cas de six dents antérieures temporaires. Au point de vue facial toutes deux présentent une exagération de la distance naso-mentonnière.

J'ai joint à ces deux modèles la définition exacte de ces malpositions en même temps que la photographie d'un de nos malades qui est traité mais dont je ne peux pas vous montrer les résultats ce soir, la radiographie que j'avais demandé à l'École ayant été mauvaise et mon malade ne pouvant pas se présenter. Je ferai donc de ce cas l'objet d'une communication à une prochaine séance, ainsi que la question du traitement des malpositions verticales par exagération de la distance naso-mentonnière. J'ai donc mis la définition exacte sur chaque cas.

Voici la radiographie d'un autre malade qui vous montrera d'une part que l'angle mandibulaire postérieur présente de l'obtusisme et d'autre part elle vous montrera par la forme de son bassin que nous avons affaire à une lésion rachitique de la forme caractérisée par le bassin pseudo-ostéomalacique. Donc deux lésions rachitiques dans ces photographies : une lésion mandibulaire et une lésion du bassin. *(Suit la lecture du travail de MM. Frey et de Névrezé sur les malpositions maxillaires verticales par exagération de la distance naso-mentonnière publié antérieurement.)*

Je passe sous silence ce soir le traitement, car je me réserve de le définir au moment où je vous présenterai le malade. La chose sera beaucoup plus intéressante à ce moment.

Je ne quitterai pas cette place sans remercier M. le Dr Frey qui depuis de longues années d'efforts a bien voulu m'accorder son temps et l'appui de son autorité. C'est grâce à l'hospitalité qu'il

m'a donnée dans son service à Bicêtre que j'ai pu appliquer et perfectionner ma méthode, qu'il reçoive ce soir l'expression publique de ma reconnaissance très émue.

Il est décidé que la discussion de la communication de M. de Névrezé aura lieu à une prochaine séance.

La séance est levée à 11 h. 1/2.

Le secrétaire général,
HENRI DREYFUS.

SÉANCE DE DÉMONSTRATIONS PRATIQUES A L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

Le mardi 29 mars a eu lieu, à l'École dentaire de Paris, une séance de démonstrations pratiques, sur la préparation des amalgames d'après les recherches de M. Fenchel, de Hambourg.

M. Fenchel a exposé la composition de son amalgame, sa technique de manipulation, à l'aide d'un appareil de son invention, lui permettant le dosage toujours exact et calculé de la poudre et du mercure.

Ce procédé lui permet de rendre son amalgame absolument compact, sans rétraction ni dilatation.

C'est par une série d'épreuves photographiques, de coupes microscopiques sur projections qu'il en a fait la démonstration.

Cette séance a eu lieu en présence du directeur de l'école, de membres du corps enseignant parmi lesquels MM. H. Villain, Léger, Lemière, etc. et d'un grand nombre d'élèves de l'Ecole dans le grand amphithéâtre.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

RÉPONSE NÉCESSAIRE

Dans un article du *Bulletin du Syndicat des chirurgiens-dentistes de France,* publié sous la signature de M. Lacroix, de Niort, et intitulé « La première œuvre », mon attention a été attirée par les quelques lignes que je copie textuellement :

« Il nous est toujours difficile de savoir à quel personnage nous avons affaire. C'est à peine si de rares rédacteurs prennent réellement la responsabilité de quelques peu fréquents articles où il est presque toujours possible de relever des mots imprudents ou maladroits. D'autres encore, *se croyant cependant les envoyés des provinciaux*, émettent au nom de ces derniers des idées que ceux-ci ne partagent point, portent des toasts pour la prospérité de groupements qui nous combattent et nous haïssent, et lorsqu'on veut provoquer chez ces adversaires une explication courtoise, mais résolue, ils répondent dans *une lettre privée* qu'ils ne jugent pas opportun de parler tout de suite. »

En effet, cher confrère, j'ai eu l'honneur de vous adresser, au mois de septembre, si je ne me trompe, une *lettre privée* en réponse à votre lettre ouverte du 11 juillet 1909 (*Bulletin du Syndicat,* août 1909, page 501).

Ma lettre était ainsi conçue :

Mon cher confrère,

Dans ma lettre ouverte à mes confrères de province j'ai observé la plus grande réserve et la plus grande courtoisie.

Il ne me plaît pas, *en ce moment*, d'entrer en contact avec les collaborateurs du *Bulletin du Syndicat* pour les confondre dans leur mauvaise foi et certaines théories que je trouve mauvaises.

Je manœuvre pour créer l'*union,* l'accord entre confrères. Vous êtes le seul ayant critiqué mes actes ; je parlerai en temps opportun dans une réunion générale.

Veuillez agréer, etc.

Ne vous en déplaise, cher confrère, je comptais prendre la parole à la réunion de l'A. G. S. D. F. *devant vos collaborateurs du Syndicat,* mais il nous a été impossible, non

seulement de terminer l'ordre du jour, mais de procéder à la revision de nos statuts.

Je me suis donc résigné à attendre une époque ultérieure pour vous faire goûter la douce satisfaction de lire tout à votre aise un rédacteur de *L'Odontologie*, qui prend réellement la responsabilité des quelques peu fréquents et très modestes articles qu'il écrit. Vous pourrez même relever les mots *imprudents et maladroits* tout à loisir ; je considère l'ennemi comme un des meilleurs stimulants de l'énergie. Ne vous gênez pas, j'écris de tout cœur.

N'allez pas croire non plus que j'écris dans un moment de mauvaise humeur ; c'est dans le calme le plus profond, écoutant le cri du cœur, voulant rester le défenseur des humbles, des travailleurs, le défenseur des odontologistes capables de rendre des services à la Société et à l'Etat.

Je tiens à vous mettre tout de suite sous les yeux quelques paroles que vous ne trouverez pas imprudentes ni maladroites, car vous entreriez en lutte directe avec votre inspirateur, avec votre collaborateur du *Bulletin du Syndicat*, M. Bonnard.

Le lundi 12 octobre 1903, M. Bonnard disait à la séance de réouverture des cours de l'Ecole dentaire de Paris :

« Eh bien, mes chers élèves, l'école est la maison sociale des dentistes. Ils y sont chez eux, car il n'est pas une pierre de l'édifice qui ne puisse rappeler à beaucoup d'entre eux la contribution bénévole qu'ils lui ont apportée. Ils y sont venus lorsqu'elle avait besoin de soutiens ; ils y sont venus aussi lorsqu'ils avaient besoin de conseils.....

» Ce qui motive depuis la fondation de cette école, depuis vingt-trois ans, la lutte que nous avons entreprise peut se résumer en deux idées :

1° L'odontologie autonome ;

2° Le dentiste complet.

» *N'oubliez pas qu'il existe ici une Société d'Odontologie, une Association générale des Dentistes de France et que vous avez le* DEVOIR *de vous y faire inscrire.*

» L'Ecole qui, dans un but inattaquable, vous aura instruits dans votre art, devra compter sur vous, pour *pouvoir donner à votre tour l'enseignement professionnel. Elle devra pouvoir escompter votre reconnaissance pour la défendre* s'il en est besoin encore contre ses détracteurs dont

vous aurez, après nous, *la mission de déjouer les manœuvres intéressées.*

» Si nous avons réussi à faire pénétrer en vous l'esprit de solidarité, d'abnégation et de devoir envers soi-même, qui efface tout esprit d'intérêt mesquin, vous viendrez réclamer votre place à nos côtés. Vous nous donnerez la douce joie de constater que nos conseils altruistes auront été entendus et vous partagerez avec nous le légitime orgueil qui nous anime lorsqu'il s'agit d'élever vers l'azur de la perfection cette institution qui est, comme on le dit ici dans toute l'acception du mot, la maison des dentistes. »

Ne vous en déplaise, cher confrère, lorsque je pris la parole au nom de mes confrères de province à la fête du Trentenaire de l'E. D. P. j'étais délégué par la F. D. N. *(J'étais délégué officiellement).* En m'inspirant des paroles de votre ami M. Bonnard je ne pensais pas dire des mots imprudents ou maladroits. Je pensais à NOTRE ŒUVRE, la réforme des études dentaires, à l'orientation professionnelle, j'avais et j'ai encore une foi profonde dans l'avenir de l'odontologie autonome.

J'étais entouré d'amis qui n'ont jamais eu d'autre idéal que ce qui est pur, courtois, généreux, d'amis qui ont tout fait pour perfectionner l'enseignement du futur dentiste, tout en se mettant à la portée des humbles lorsqu'ils sont travailleurs.

En parlant à la fête du Trentenaire, en écrivant ma lettre ouverte à mes confrères de province (ce qui n'est pas parler au nom des provinciaux [1]) je pensais aux hommes de bonne volonté afin de les rapprocher, de les unir, afin de créer l'*Union odontologique* contre l'*Union stomatologique*.

Je croyais, je crois toujours que la seule forme sociale et politique dans laquelle peut *entrer* et *rester* l'odontologie scientifique n'est pas livrée à l'arbitraire, mais déterminée par son caractère et son passé. Il faut que dans ses moindres traits elle se moule sur les traits vivants auxquels on l'applique, sinon elle crèvera, elle tombera en morceaux.

Peut-on reprocher aux Groupements E. D. P., F. D. N.

---

1. Voir *Odontologie*, 30 juin 1909, page 644.

d'avoir failli un seul instant à leur programme *Union-Progrès,* à la déclaration de principes placée en tête de l'Annuaire du Groupement?...

Je ne le pense pas. Celui qui a été parjure à ses paroles, c'est M. Bonnard ; ses écrits dans le *Bulletin du Syndicat* en sont la preuve ; c'est le Syndicat qui a amené la discorde parmi les odontologistes.

Nous sommes encore quelques-uns au Groupement E. D. P., à la F. D. N. qui voulons que le parti odontologique soit un parti d'idéal et de marche en avant, en communion avec les masses profondes et déshéritées.

Nous savons aussi que le succès tient, surtout en premier lieu, à l'exacte convergence de tous les moyens fondamentaux d'éducation, de direction et d'exécution, vers un seul but homogène et continu, mieux accessible qu'aucun autre à tous les esprits et même à tous les cœurs.

Le Syndicat s'est d'abord formé pour réprimer plus violemment le charlatanisme, ce que l'opinion publique était en train de faire. Oserais-je lui demander si les moyens employés ont été la preuve d'une tactique diplomatique et intelligente?

Tout en priant messieurs les Syndiqués de se recueillir, j'ajoute : « Imaginer que chaque confrère ment, fraude, » l'accuser sans savoir par précaution, lui supposer une » malhonnêteté native, l'humilier en tout cas, voilà ce que » le Syndicat appelle de la politique ! »

Cette méthode est moins spirituelle qu'elle ne paraît à quelques-uns, elle a surtout le défaut entre autres de propager les maux qu'elle invente.

A force de voir partout des fraudeurs, de n'entrer qu'avec défiance dans un milieu scientifique et honnête comme les Groupements E. D. P. et F. D. N., à force de jeter la suspicion, la déconsidération sur les noms les plus respectables et les plus respectés, on finira par changer notre corporation en une vaste mutualité de mépris.

Toutes les calomnies lancées à nos anciens maîtres, au corps enseignant de l'E. D. P., le *Bulletin du Syndicat*

les prodigue pour donner de la verve à son style, parer d'un luxe violent des pensées *fort modestes* dont *sans ce tintamarre* personne ne se serait aperçu.

Je dis au Groupement syndical qu'il est en train d'organiser systématiquement une rétrogradation de la doctrine odontologique, quoique dans des intentions absolument progressives. Nos congrès doivent être dirigés dans l'esprit scientifique, principe unique d'une véritable organisation intellectuelle.

Je crois que mes confrères du Syndicat attendent la solution du problème odontologique de ceux-là mêmes qui ne peuvent être propres qu'à l'entraver inévitablement. Par un premier aperçu nous voyons le Syndicat nommer systématiquement comme organisateurs de Congrès bon nombre de confrères qui refusent toute solidarité avec leurs confrères des Groupements E. D. P. et F. D. N.

Avec leurs superbes prétentions à l'ordre et à l'unité nous ne trouvons dans les idées syndicales aucun principe philosophique.

La mauvaise foi domine partout ; le Syndicat voudrait s'imposer, mais ne donne aucun conseil, sa pensée, ses actes n'intéressent que lui, il voudrait s'attirer les intelligences professionnelles, il n'y réussit pas, car bon nombre de nos confrères ne voient dans leur idéal que fières pensées, sentiments généreux qui deviendront un jour l'art dentaire français, l'art dentaire scientifique et technique fondé par le cercle des dentistes de Paris et créé aujourd'hui par nous odontologistes.

Si le Syndicat veut devenir populaire, il doit faire œuvre saine en même temps qu'une œuvre d'art, il doit savoir que c'est auprès des MÉDIOCRITÉS que trouvent grâce le cynisme, les mots violents, la raillerie, etc.

Pour terminer, je dirai que le Groupement de l'E. D. P. et de l'A. G. S. D. F. est un Groupement professionnel complet qui n'a jamais eu d'autre idéal que ce qui est pur, courtois, généreux. Nos confrères de ce Groupement ont tout fait pour perfectionner l'enseignement, tout en se mettant à

la portée des humbles, des travailleurs. Nous voulons parmi nous le bon sens, l'entente cordiale, *surtout de l'apaisement*, c'est cela que tous les vrais odontologistes attendent.

Je dirai encore que les évolutions intelligentes d'une profession ne s'arrêtent pas, elles se transforment, voilà tout. C'est ce qui me donne le désir de noter ce qui reste d'une époque, ce qui domine, ce qui surgit et (qu'on me laisse cette illusion) ce qui peut et doit lui survivre.

Le sentiment de justice étant très vif chez nous, je ne pense pas que la doctrine syndicale puisse durer encore longtemps.

Le Mans, le 5 mars 1910.

P. MONNIN,
Vice-Président de l'A. G. S. D. F.,
délégué à la F. D. N.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

CONGRÈS DE TOULOUSE

Association française pour l'Avancement des Sciences.

Ainsi que nous l'avons annoncé, l'Association française pour l'Avancement des Sciences se réunit cette année au mois d'août à Toulouse. La *Section d'Odontologie,* qui constitue notre Congrès dentaire national annuel, sera présidée cette année par M. le Dr Maurice Roy, qui a été élu l'année dernière à Lille avec M. Durand, de Lyon, comme vice-président et qui s'est adjoint M. Pailliottin comme secrétaire général. Un comité d'organisation, formé des bureaux des diverses sociétés professionnelles et dont nous publierons la composition dans le prochain numéro, est en formation.

Nous faisons un chaleureux appel à tous nos confrères pour qu'ils prennent part en grand nombre à cette importante réunion et qu'ils adressent dès maintenant, soit au président, soit au secrétaire général le titre de leurs communications.

Afin de faciliter le travail du Congrès et de rendre les discussions plus fructueuses, il y a intérêt à ce que des résumés de ces communications soient publiées à l'avance ; or nous rappelons aux auteurs de mémoires cet avis très important que nous communique le secrétariat de l'Afas.

« Pour obtenir, dans l'intérêt de la Science et des travailleurs, une publication aussi rapide que possible des recherches présentées au Congrès, le Conseil d'administration a décidé l'adoption des mesures suivantes :

» Les résumés des mémoires (un quart de page, 7 à 800 lettres environ) seront adressés au secrétariat de l'Association *vingt jours* au moins avant l'ouverture du Congrès. Ils seront immédiatement soumis à l'examen de la Commission de publication, puis imprimés s'il y a lieu. Au moment du Congrès, ces résumés seront distribués, par les soins des secrétaires de Section, aux auditeurs, au début de chaque séance.

» Pour les résumés qui ne pourraient être remis que pendant le Congrès, ils seront, de même, après avis de la Commission de publication, imprimés tout aussitôt.

» Tous les résumés pourront être ainsi immédiatement réunis en un fascicule que les membres de l'Association recevront dans le courant même du mois où se tiendra le Congrès. »

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

PROPOSITION DE LOI

ayant pour but de modifier le paragraphe 1er de l'article 9 de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine.

Cette proposition de loi, dont nous avons publié le texte dans notre numéro du 30 mars, a été votée par la Chambre des députés avant sa séparation et la loi a été promulgée à l'*Officiel* du 16 avril 1910.

LES CHIRURGIENS-DENTISTES

Un certain nombre d'étudiants ayant entrepris la carrière de chirurgien-dentiste avaient prié M. Charles Leboucq, député de Paris, de demander au ministre de l'Instruction publique que l'ancien régime d'études médicales pour les chirurgiens-dentistes, modifié par le décret du 11 janvier 1909, et prorogé pour l'année scolaire 1909-1910 en faveur des candidats admis au certificat d'études avant le 1er décembre 1909, soit à nouveau prorogé jusqu'en 1911.

M. Doumergue vient de répondre à M. Leboucq que la mesure transitoire établie par le décret du 26 juillet 1909 ne fut pas acceptée volontiers par les écoles dentaires et les associations professionnelles qui réclamaient l'application d'une réforme attendue depuis de longues années. Un nouveau délai serait considéré comme un ajournement indéfini de cette réforme.

Le décret du 26 juillet 1909 sera donc rigoureusement appliqué, et, à partir de l'année scolaire prochaine, « nul ne sera autorisé à entreprendre les études en vue du diplôme de chirurgien-dentiste d'après le régime établi par le décret du 25 juillet 1893 ».

MONUMENT D'HORACE WELLS

Dans sa séance du 12 avril, le Conseil d'administration de la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris a voté, sur la proposition de M. Roy, l'ordre du jour suivant :

« *Le Conseil d'administration de l'Ecole dentaire de Paris, en tant que membres du Comité du monument Horace Wells,*

Considérant :

1° *Qu'il n'est pas fait mention sur ce monument de la qualité de dentiste d'Horace Wells ;*

2° *Qu'il y a là une injustice dans cette omission sur un monument élevé à la glorification d'un dentiste par des dentistes ;*

3° *Qu'il y a un intérêt, ne serait-ce qu'au point de vue documentaire, à ne pas laisser s'établir dans l'esprit du public une confusion sur la qualité du novateur de l'anesthésie chirurgicale ;*

Emet le vœu que l'on ajoute sur le monument Horace Wells la mention Dentiste à Hartford (Etats-Unis) *au-dessous du nom Horace Wells.* »

Le Conseil a décidé aussi que la proposition sera envoyée au Comité Horace Wells et insérée dans *L'Odontologie*.

HYGIÈNE

L'HYGIÈNE A L'ÉCOLE

A la veille des vacances de Pâques et sans doute en guise d'œuf, le ministre de l'Instruction publique a fait aux écoles un cadeau. Il leur a fait cadeau d'un projet de loi organisant chez elles l'inspection médicale et la rendant obligatoire.

J'entends bien ce que diront les uns et les autres en apprenant cette bonne nouvelle.

Les uns : — Et puis après ? Ce n'est jamais qu'un inspecteur de plus. Obligatoire, oui, mais non pas gratuit ! Comme il ne sera tenu de visiter les écoles que deux fois par an, au minimum, l'indemnité qu'on lui allouera n'entraînera peut-être pas une grosse dépense ; mais il faut compter sur les frais supplémentaires, livrets, imprimés et toute la paperasserie des rapports, qui augmenteront le montant de la note à payer, de la *douloureuse*... Enfin ! nous n'en sommes pas à une près !...

Et les autres se contenteront d'observer : — L'inspection médicale des écoles ? Elle n'existe donc pas encore, depuis le temps qu'on en parle ?

Mon Dieu, non. Sauf dans les grandes villes, — et encore ! — les écoles primaires ne sont visitées par aucun médecin.

Je veux bien croire, tellement est grande ma confiance, que le projet de loi déposé par M. Doumergue aura les plus heureux résultats ; mais je n'en suis pas sûr. Et je vais dire pourquoi je n'en suis pas sûr.

L'inspection médicale portera : 1° sur les locaux et le mobilier scolaires. Elle signalera leurs imperfections et les améliorations à réaliser ; 2° sur le régime de ces établissements, internats ou externats. Elle assurera l'observation des règlements concernant l'aération, l'alimentation, le chauffage, l'éclairage, les soins de propreté, etc. ; 3° sur l'état sanitaire des élèves, examinés individuellement deux fois par an au moins. Les résultats de cet examen seront consignés sur des carnets scolaires dont le médecin sera responsable ; 4° sur l'observation des conditions imposées au personnel des écoles en matière d'hygiène. Enfin, l'inspecteur devra s'assurer que les élèves ont bien profité des notions d'hygiène inscrites, elles aussi, aux programmes d'enseignement.

Voilà beaucoup de besogne.

Je ne doute pas que l'inspecteur désigné ne remplisse son devoir et ne signale à qui de droit les défectuosités qu'il relèvera. J'ai peur

seulement que ses rapports n'aillent rejoindre dans les cartons ou même au panier quantité d'autres rapports. Si vous saviez ce que deviennent, la plupart du temps, ceux de l'instituteur relatifs à la non-fréquentation scolaire, par exemple, vous partageriez mes craintes. Découragé, l'instituteur finit par ne plus signaler aucune absence. Il en sera de même du médecin-inspecteur dans son domaine. Car, enfin, on ne l'a pas attendu, en maints endroits, pour s'apercevoir que les locaux scolaires et leur mobilier sont insuffisants, malsains, honteux. Tout le monde dans le pays est fixé là-dessus. Le nouvel explorateur qui fera cette découverte excitera une douce gaieté.

Et ne croyez pas que j'exagère. L'Amicale des instituteurs et institutrices de la Lozère a fait, l'an passé, une enquête sur les locaux scolaires du département, et il est probable qu'elle n'a pas, seule, pris cette initiative qui anticipe sur la mission des médecins-inspecteurs.

Des renseignements recueillis par l'Amicale susdite, il résulte que les locaux scolaires sont, pour une moitié seulement, convenables, 22 o/o sont mal aménagés, insalubres et sujets à d'importantes réparations ; 25 o/o devraient être immédiatement désaffectés.

Ici, l'école ne possède qu'une ouverture : la porte. Là, deux fenêtres existent... mais ne s'ouvrent pas ! Ailleurs, l'école est séparée d'une écurie par un plancher disjoint ou contiguë à une porcherie.

La situation générale est résumée ainsi par l'inspecteur d'académie, dans son rapport annuel : « Il n'est pas rare de rencontrer des écoles où l'humidité traverse des murs verdis, où la toiture s'ouvre à tous les vents, où des parquets sont pourris..., où la lumière n'entre qu'à regret. Ce sont de lamentables conditions d'hygiène dont souffrent élèves et maîtres *et dont une prison moderne ne se contenterait certes pas!* »

Quant aux dépendances : fontaines, préaux, cabinets, etc., c'est un luxe presque inconnu. Plus de cent écoles n'ont pas de cour ou bien en ont une de six à quinze mètres carrés !

Ce que l'inspecteur d'académie a constaté, le médecin le constatera à son tour ; et quelle sanction interviendra ? Aucune. Ce ne sont pas les médecins-inspecteurs des écoles de la ville qui me démentiront.

A la campagne, c'est autre chose. Il faut voir avec quelle lenteur aboutissent les projets de constructions scolaires. Il en est qui dorment au ministère depuis plusieurs années, en attendant le parlementaire influent qui les réveillera. C'est d'ailleurs, généralement, la cadette de ses promesses. Il se fera fort d'obtenir des subventions pour mille choses avant de songer à l'école. A cet égard encore, je pense bien ne pas rencontrer de contradicteurs...

Et vous vous figurez que l'inspection médicale organisée remédiera à ces maux ? Ah ! le bon billet !...

L'examen sérieux des enfants au point de vue sanitaire est excellent en principe... ; mais, dans la pratique, nous verrons si le médecin réussit (deux fois par an) où l'instituteur échoue tous les jours.

Oh ! il l'établira, le bon docteur, la fiche sanitaire de chaque enfant, mais il en sera de cette feuille comme de celles qu'emporte le vent.

Aussi bien, voulez-vous parier que cet examen individuel approfondi ne finira pas même par où il devrait commencer : par la bouche de l'enfant ? Et pourtant si j'avais, moi profane, voix au chapitre, je dirais à M. le ministre qu'un dentiste est le plus joli cadeau à faire à un enfant. Il me répondrait certainement que la présence du médecin doit me rassurer. Pas du tout. Le médecin ne veut pas qu'on le regarde comme un arracheur de dents ; les soins de la bouche sont indignes de lui. Un bon dentiste lui rend, d'ailleurs, la monnaie de sa pièce et le déclare incapable d'exercer un métier qu'il n'a pas appris. C'est le dentiste qui a raison. Trois ans passés à l'école dentaire lui assurent une supériorité incontestable sur les trois quarts des médecins, qui n'ont jamais examiné, dans la bouche de leurs malades, que la langue.

Et cependant le tableau des ravages que peut amener dans l'organisme la carie des dents, faute de soins, ce tableau devrait, dans toutes les écoles de France, faire pendant aux images destinées à propager l'horreur de l'alcoolisme.

Pourquoi ne veut-on rien savoir ? Pourquoi l'hygiène buccale est-elle à ce point négligée chez l'enfant que, sur cent élèves, quatre-vingt-dix, vous entendez bien, *quatre-vingt-dix*, présentent des caries multiples ! Les écoles maternelles sont pleines de bambins qui, sur leurs vingt dents de lait, en ont dix — au moins — de gâtées ! Qu'arrive-t-il ? Ce que les mères, en général, ne savent pas, parce que nul ne leur a dit : que les quatre molaires de six ans, dents permanentes, bases indispensables à la mastication, vont contracter elles-mêmes, en poussant, le germe de l'infection qui les détruira bientôt, après quelles souffrances !

La littérature vient de perdre un jeune écrivain âgé de trente-quatre ans et d'un talent déjà mûr, Charles-Louis Philippe. Toute son enfance s'était écoulée, au village, dans des tortures dont une cicatrice à la joue, suite d'une opération, attestait la cruauté. Il a raconté lui-même dans un petit livre poignant : *La mère et l'enfant*, l'interminable *mal de dents* qui empoisonna ses premières années. Pauvre garçon ! Qui sait si des soins vigilants et *préventifs* ne lui eussent pas fait une existence moins brève et moins douloureuse !

Mais cet avertissement, je ne suis pas le premier à le jeter. Sous ce titre : *Un danger menaçant*, un homme de bonne volonté et de bon conseil, M. Jean Chateau, a, naguère, adressé aux pouvoirs publics,

aux parents, aux directeurs de lycées, de collèges, d'institutions privées, d'écoles communales, etc., une ardente prière. Il a réclamé des conférences, une inspection dentaire, la création, dans chaque ville, d'une clinique spéciale où seraient soignées les dents des enfants de l'école primaire : la distribution de brosses et de poudre, rappelant à l'enfant qu'il doit avoir chaque jour la bouche aussi propre que les mains...

Dernièrement encore, M. Molinié, conseiller général de la Seine, insistait sur ce point et souhaitait que la lutte entreprise à la caserne contre ce fléau : la carie dentaire, commençât plus tôt, dès l'école, et dans la famille, où règnent encore, hélas ! d'absurdes préjugés.

Est-ce prêcher dans le désert ? Ne le croyons pas, et puisqu'on organise enfin l'inspection médicale dans les écoles, faisons des vœux pour que le chirurgien-dentiste y participe, conjointement avec le médecin.

LUCIEN DESCAVES.

(*Le Journal*, 8 avril 1910.)

BIBLIOGRAPHIE

Manuel de dentisterie opératoire, par E. C. Kirk, professeur de clinique dentaire à l'Université de Pensylvanie, 3e édition. Adaptation française par M. R. Lemière, Paris 1910, Masson et Cie, éditeurs.

C'est une heureuse idée qu'a eue M. R. Lemière de nous donner la traduction, ou plutôt l'adaptation française de la *dentisterie opératoire* publiée sous la direction de M. Kirk. Ce traité, si apprécié et si répandu en Amérique, était déjà entre les mains de tous ceux de nos confrères qui sont familiarisés avec la langue anglaise. Il faut féliciter sans réserve M. Lemière de nous donner à tous la possibilité de le connaître ; praticiens et étudiants y prendront un égal intérêt, car ces questions, si approfondies qu'elles soient, sont présentées sous un aspect essentiellement pratique ; cela semble avoir été une des préoccupations principales des auteurs.

Les chapitres I et II, anatomie et physiologie, sont traités dans un but essentiellement pratique et mettent en lumière les faits qu peuvent avoir une conséquence dans le domaine opératoire. C'est ainsi qu'en anatomie l'architecture de la dent est bien étudiée et que connaissant les points d'appui de la structure dentaire, on pourra les mieux respecter dans la préparation des cavités. En histologie de même, la préparation des bords de l'émail est exposée d'une façon très scientifique. A signaler dans ce chapitre de jolies micrographies.

D'une façon générale, les auteurs ont eu pour principe de n'exposer que des faits bien établis, laissant de côté ou mentionnant seulement les théories avancées, les faits exceptionnels ou rares, les monstruosités, mais développant seulement et pour ainsi dire d'une façon proportionnelle aux exigences de la pratique journalière, les différentes parties de la dentisterie opératoire.

Le chapitre III, asepsie, est traité dans le même esprit, la question en est traitée sous son vrai jour, sans aucune concession. C'est l'asepsie de la salle d'opération que l'auteur veut voir pratiquée dans le cabinet dentaire.

Conseils fort pratiques aussi pour l'examen du patient et la rédaction des fiches.

Mais ce qui fait surtout l'intérêt de l'ouvrage ce sont les chapitres qui concernent les soins et restauration des dents. L'ablation du tartre, la préparation des cavités restreintes et étendues, la manipulation des matières obturatrices, ciment, amalgame, les diverses variétés d'or complètent plusieurs chapitres inédits en langue française. La ques-

tion des inlays d'or est exposée par M. Lemière d'après les derniers procédés. Il est fait un exposé très complet des diverses matières pour les obturations à l'amalgame et à l'or. A noter aussi un chapitre très intéressant sur les obturations combinées et un autre sur le blanchiment des dents publié antérieurement dans *L'Odontologie*, par M. A. Masson.

Le traitement conservateur de la pulpe qui semble aujourd'hui revenir en faveur à juste titre est exposé de façon fort judicieuse. Les méthodes de coiffage sont très complètement décrites.

Le traitement des canaux par le curettage et l'élargissement fait l'objet d'un chapitre illustré de nombreuses figures. Ces figures schématiques ou demi-schématiques faciliteront beaucoup la recherche des orifices.

Au chapitre des extractions on remarque de jolies coupes de Crayer qui permettent l'étude détaillée des rapports entre les maxillaires et les régions voisines.

La question de l'anesthésie est étudiée en deux chapitres, l'un pour la préparation des cavités, l'autre pour les extractions. Le traducteur a ajouté une note sur les méthodes nouvelles par la novocaïne-adrénaline. Ces dernières ont évidemment détrôné bien des procédés d'anesthésie dentinaire, notamment la cataphorèse, mais qu'il est cependant utile de connaître.

Le dernier quart de l'ouvrage est consacré exclusivement à l'orthodontie. Ces deux chapitres, dus aux deux maîtres de l'orthodontie moderne, Angle et Case, renferment des notions d'orthodontie permettant d'entreprendre avec succès cette branche de l'art dentaire et qui ne sont exposés dans aucun autre ouvrage français. Ces deux chapitres qui sont le résumé des doctrines d'Angle et de Case, se complètent admirablement l'un et l'autre.

La recherche du profil normal qui est le but vers lequel doivent tendre les divers déplacements dentaires est facilitée dans la pratique par les indications de la classification d'Angle. L'étude de la ligne d'occlusion normale donne à l'orthodontiste une base solide pour instituer tout traitement orthopédique.

Il faudra reconstituer cette ligne d'occlusion si elle n'existe pas au complet, par des bridges ou des couronnes. On voit donc qu'il y a loin des méthodes d'Angle et de Case qui permettent de faire des redressements sans sacrifier aucune dent, sauf dans des cas exceptionnels, aux anciennes qui réclament — et réclament encore malheureusement — l'extraction des prémolaires ou des dents de six ans !

Ces deux chapitres renferment de nombreuses figures représentant non seulement des modèles avant et après traitement, des profils et des modelages étudiés comparativement, mais aussi toutes les indi-

cations techniques nécessaires à la construction des appareils, à leur mise en place, à leur entretien, ce qui justifie une fois de plus l'intérêt vraiment pratique de l'ouvrage. Tel est dans son ensemble le Manuel de dentisterie opératoire dont l'analyse ci-dessus ne peut donner qu'un faible aperçu.

Ajoutons, et cela n'est pas négligeable, que la librairie Masson a tenu à présenter ce livre avec un soin tout particulier et que l'édition qu'elle en a donnée est digne de la valeur intrinsèque de l'œuvre.

Henri Dreyfus.

Livres reçus.

Nous avons reçu un ouvrage de M. Léger-Dorez, intitulé : *L'or coulé sous pression de vapeur en prothèse dentaire,* avec le sous-titre, « une poignée de procédés », dans lequel l'auteur publie la technique des principaux travaux en or coulé à la presse Solbrig ; il montre par de multiples exemples d'utilisation de l'or coulé, combien l'ingéniosité du praticien peut se donner carrière, quand elle s'appuie sous l'emploi des maxillaires appareils que sont les appareils à couler l'or.

Nous avons reçu une brochure de 54 pages de M. Wilhelm Pfaff, professeur à l'Université de Leipzig, intitulée « La dentisterie dans ses rapports avec les sciences naturelles et la médecine, en particulier l'anatomie pathologique et son rôle dans l'avenir ». Un long index bibliographique termine cette brochure.

Nous avons reçu également du même auteur une brochure de 37 pages intitulée « Du développement de l'orthodontie, en particulier dans les derniers temps, et son rôle principal dans l'avenir ».

Ces deux brochures sont en vente chez l'éditeur Dyck, 16, Teubnerstrasse, Leipzig.

Nous avons reçu enfin les comptes rendus du Congrès dentaire néerlandais tenu à Amsterdam dans les bâtiments de l'Université les 16 et 17 avril 1909. Ces comptes rendus forment un beau volume de 281 pages, illustré d'un certain nombre de figures.

* * *

M. Richard-Breuer, chirurgien-dentiste à Vienne (Autriche), nous a adressé une brochure de 26 pages, illustrée de nombreuses figures, contenant deux articles : le premier intitulé : « Que nous apprend la radiographie sur l'articulation du maxillaire ? » le second : « L'articulation maxillaire droite en radiographie. »

NÉCROLOGIE

Adolphe Alaux.

Nous avons le vif regret d'apprendre la mort, à l'âge de 71 ans, de notre confrère M. Adolphe Alaux, membre fondateur de l'Ecole dentaire de Paris et membre de l'A. G. S. D. F., dont il faisait partie depuis la fondation. Cette mort, survenue le 8 avril, éclaircit encore les rangs des fondateurs de l'institution, dans lesquels on compte pourtant bien des vides.

Nous adressons à Mme Alaux et à sa famille nos très sincères condoléances et l'assurance de notre douloureuse sympathie.

NOUVELLES

École dentaire de Paris.

Rappelons que les concours annoncés pour :

2 postes de chef de clinique de chirurgie dentaire,
2 — — — dentisterie opératoire,
2 — — — bridges,
auront lieu le 12 mai prochain.

*
* *

Le Conseil d'administration a décidé dans sa séance du 12 avril la création de 2 postes de professeur suppléant de dentisterie opératoire spécialement attachés aux démonstrations pratiques et l'ouverture d'un concours pour ces 2 postes.

*
* *

Par décision du 12 avril, M. Frinault a été nommé démonstrateur.

Distinction honorifique.

Notre confrère M. Ed. Letierce, de Vichy, membre de l'A. G. S. D. F., vient d'être nommé chevalier du Nicham Iftikhar. Nous lui adressons nos félicitations.

Nomination.

Nous avons le plaisir d'apprendre que notre confrère M. Francis Jean a été nommé à l'unanimité, le 21 février dernier, membre honoraire de la Société des dentistes scolaires *(School Dentists' Society)* de la Grande-Bretagne.

Congrès des praticiens.

Le 3e Congrès des praticiens s'est tenu à Paris du 7 au 10 avril à l'Hôtel des Sociétés savantes. Il comprenait un certain nombre de communications, notamment un rapport de M. Bresselle sur *le relèvement des honoraires médicaux* et un de M. Duclercq sur l'organisation administrative des services d'hygiène à l'étranger.

Mariages.

Nous apprenons le mariage de M. René Drain, fils de notre confrère M. Drain, membre du Conseil d'administration de l'A. G. S. D. F., avec Mlle Charlotte Carpentier, célébré le 12 avril, et le mariage de notre ancien confrère M. Benjamin Vérité, de Pouilly-sur-Loire (Nièvre), avec Mlle Germaine Agez, célébré le 2 avril.

Nous adressons nos félicitations et nos vœux de bonheur aux jeunes époux.

Manifestation de sympathie.

Les amis de notre confrère M. Siffre ont décidé de lui manifester leur sympathie et de fêter dans un dîner amical sa nomination dans l'ordre de la Légion d'honneur.

Ce dîner a eu lieu le samedi 16 avril au restaurant Foyot ; les convives étaient nombreux.

Inutile de dire que cette réunion a été très cordiale et que de chaleureux toasts y ont été portés.

Sporting-Club interdentaire.

Un club sportif (U. V. F., S. C. I.) de mécaniciens-dentistes, d'employés et ouvriers des parties similaires, s'est formé sous le titre de Sporting-Club interdentaire.

Son bureau est composé de :

MM. Deyraine, *président*.
Boulanger, *vice-président*.

MM. Thévenin, *secrétaire*.
Alexis, *trésorier*.
Artus, *capitaine de route*.

Le club comprend des membres donateurs, honoraires et actifs.

Il a pour but d'encourager les sports sous toutes ses formes et de participer aux épreuves interclubs.

Siège social, 11 *bis*, rue de l'Ouest, à Neuilly-sur-Seine ; secrétariat : 48, rue Richer, Paris, 9e.

Les statuts sont envoyés sur demande faite au secrétaire.

30e ANNÉE. N° 9 15 MAI 1910 VOL. XLIII

L'ODONTOLOGIE

L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

TRAVAUX ORIGINAUX

CONTRIBUTION A LA THÉRAPEUTIQUE DE LA CARIE AU 4e DEGRÉ DES DENTS ADULTES

Par FRANCIS JEAN,
Professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

(Communication au Congrès de Berlin, août 1909.)

La bibliographie considérable relative à cette question prouve que c'est un des sujets qui ont le plus occupé les dentistes du monde entier. Le traitement des dents cariées à pulpe morte a soulevé bien des discussions et fait naître diverses méthodes de traitement. Aussi voit-on tous les jours l'arsenal thérapeutique s'augmenter d'un nouveau médicament. On reçoit le nouveau venu avec enthousiasme, on lui fait même occuper la place d'honneur dans le traitement si bien que trop souvent on néglige les moyens physiques et mécaniques qui assurent exclusivement la partie la plus essentielle de celui-ci. Pour nous, les moyens mécaniques (curettage et nettoyage), et les moyens physiques (air chaud) sont les éléments indispensables au succès du traitement.

En ce qui concerne l'action mécanique, disons avec Miller que, pour un opérateur habile ayant su débarrasser le canal de tous les débris nécrosés sans en refouler à travers l'apex, tout antiseptique est bon.

On fait souvent d'un traitement simple un travail compliqué et alors le malade et l'opérateur, las de nombreuses séances, abandonnent le traitement.

Il peut s'ensuivre des complications fâcheuses pour le patient et la dent est nécessairement vouée à sa perte. Le remède *in extremis* est appliqué finalement, mais, dans ce cas, il faut avouer qu'on a privé le patient d'un organe qui aurait pu lui rendre de réels services pendant très longtemps. Avant que le malade se décide à la perte de sa dent, il a souvent traversé l'étape des accidents plus ou moins graves qui accompagnent une carie du 4e degré négligée.

Ces complications rappelons-le, sont de trois sortes :

1° *Péridentaire :* par retentissement sur le ligament alvéo-dentaire, par périodontite : suppuration, nécrose, abcès, fistule gingivale.

2° *Accident de voisinage :* adénite, adéno-phlegmon, sinusite et fistule cutanée.

3° *Complications nerveuses :* constriction des mâchoires, névralgies, tics faciaux, troubles de la vue et, d'après des observations relativement récentes, retentissement sur les tissus cutanés : le cuir chevelu (pelade).

Quels sont les moyens thérapeutiques des diverses méthodes ?

Presque tous les praticiens estiment avec juste raison qu'il faut débarrasser le canal ou les canaux de la dent malade des résidus septiques qu'ils contiennent, ensuite en faire la stérilisation à l'aide de médicaments antiseptiques appropriés : acide phénique, créosote, thymol, lysol, formol, etc., en écartant ceux qui sont susceptibles de colorer les tissus dentaires.

Tous les procédés tendent au même but et engagent surtout à une circonspection telle que la lenteur du traitement est précisément, à notre avis, dans la majorité des cas, la cause d'échecs ou tout au moins de complications parfois tenaces. Généralement on entreprend le traitement avec une telle crainte que la lenteur des méthodes les plus préconisées rappellent en quelque sorte le rôle des petits cotons d'ancienne mémoire. Dans la plupart des livres classiques et des communications, sauf de très rares exceptions, se rencontrent les mêmes recommandations.

L'historique de cette question a été maintes fois tracé magistralement et il serait fastidieux pour exprimer des principes personnels, dans l'espèce, d'infliger à ceux de nos confrères qui voudront bien s'arrêter à nos raisons l'exposé d'un travail qui, en somme, ne serait, par ses répétitions bibliographiques que d'un intérêt très secondaire. De plus, la crainte de passer sous silence sans le vouloir tel ou tel auteur que nous pourrions ne pas connaître, nous invite à ne citer personne, mais à esquisser rapidement le traitement mis en pratique par tous ceux dont nous connaissons les méthodes.

La grande majorité des praticiens se contente, après une intervention très sommaire, de tenir l'organe malade en observation, puis, après une série de pansements, avec de l'ouate, espacés de quelques jours à quelques semaines se décident à pratiquer l'obturation temporaire à la gutta.

D'autres recommandent surtout de ne fermer que très légèrement ces cavités pour donner issue aux gaz et aux liquides septiques et surtout pour y empêcher l'introduction de débris alimentaires.

Certains confrères sont d'avis de laisser, après nettoyage sommaire, la dent débouchée pendant quelques jours avant le premier pansement antiseptique, ils recommandent même aux patients de pratiquer la succion avec la langue, dans l'espoir sans doute d'évacuer les déchets pathogènes dont ils se méfient. C'est ce dernier mode de faire qui a probablement donné l'idée de la méthode aspiratrice récemment préconisée et sur laquelle il n'est pas encore permis d'émettre une opinion.

Les partisans de l'obturation immédiate après antisepsie extemporanée sont rares ; beaucoup plus rares sont les partisans du pansement occlusif constant.

Somme toute, les méthodes sont très nombreuses et chacune a ses moyens favoris. Les résultats qu'elles peuvent procurer sont dus plutôt à la compétence du praticien qu'au terrain sur lequel il opère, qui est en rapport avec un contingent d'éléments plus ou moins favorables. Il n'en est pas

moins vrai qu'il n'est pas de méthode qui ne soit tributaire de l'antisepsie gardant ses droits en raison de ses vertus scientifiques péremptoires. La preuve en est dans le nombre considérable des antiseptiques médicamenteux dont on fait usage.

Les moyens chimiques : acide sulfurique, potassium ont leurs partisans.

L'agent physique par excellence, l'air surchauffé, devrait être placé en tête de la liste et me semble un peu trop délaissé, car souvent on n'en parle qu'incidemment.

Dans la pratique, la classification de la carie du 4e degré est insuffisante, bon nombre de praticiens l'ont démontré. Il n'y a pas de subdivision proprement dite. Sous le nom de carie du 4e degré, on comprend communément la dent à pulpe dévitalisée, « dent dite morte » avec ou sans réaction inflammatoire, avec ou sans lésion consécutive.

L'expression « dent morte » est impropre. Evidemment c'est une infirmité pour une dent que de ne plus posséder sa pulpe, mais en réalité la dent a conservé sa vitalité ligamenteuse indispensable. S'il en était autrement, la dent serait un corps étranger qui serait rapidement expulsé. Nous ne pousserons pas l'extravagance jusqu'à dire que la pulpe devient un organe inutile à partir d'un certain âge ; mais il faut admettre que sa disparition à une certaine époque chez l'adulte ne compromet pas sensiblement la fonction de l'organe, elle diminue sans doute la valeur physiologique de sa calcification. La dent affaiblie par cette suppression de l'organe central nécessite dans ces conditions les soins les plus attentifs pour la réussite du traitement conservateur.

Pour nous, la dent à pulpe dévitalisée, quelle qu'en soit l'étiologie, est le résultat d'un processus morbide qui passe par diverses périodes dont il faut tirer partie.

Classification. — Nous emprunterons à la médecine générale les termes « froid » « chaud » et nous ajouterons un état intermédiaire, que nous nommerons « tiède ».

1. *Période froide.* — Opacité de l'organe plus ou moins

marquée ou nulle. Chez les enfants, chez les personnes jeunes, l'opacité est plus prononcée que chez les personnes âgées dont la plupe est très réduite et la dentine plus compacte, les substances organiques croissant au détriment des matières inorganiques. L'insensibilité de la dentine est un symptôme caractéristique de la destruction de la pulpe, qui ne se présente plus que sous l'aspect d'une masse putrilagineuse, infecte, laissant souvent s'échapper des gaz d'une odeur repoussante ; les symptômes douloureux peuvent manquer ou être peu marqués suivant l'ancienneté et le degré de la lésion pulpaire.

Aucune réaction à la percussion. Réaction fréquente sous l'influence thermique. La mastication n'est pas entravée.

Nous rangeons aussi dans cette catégorie les dents à fistules chroniques.

§ 2. *Période tiède.* — Etat intermédiaire précédant ou suivant les accidents aigus. Douleurs nocturnes. La deut est plus ou moins douloureuse à la percussion, l'effort masticatoire est gêné. La dent est légèrement mobile, moins douloureuse aux actions thermiques que dans la période précédente. Les gencives sont légèrement indurées et congestionnés. C'est l'état de la fluxion en formation ou à son déclin. Une fistule existe quelquefois, les régions avoisinantes peuvent être œdématiées.

§ 3. *Période chaude.* — La dent a dépassé son engrènement coronaire normal, elle est douloureuse, mobile, insensible aux changements thermiques. Abcès en cours ou en formation. Tuméfaction des régions avoisinantes, douleurs lancinantes, suppuration alvéolaire ou fistulaire, plus ou moins profuse. Cet état indique une phase aiguë.

Nous ne voulons pas critiquer les classifications connues, elles se basent surtout sur des lésions anatomo-pathologiques de la membrane alvéolo-dentaire qui, cliniquement, se laissent difficilement distinguer.

Ainsi, il serait mal aisé de différencier d'après les symptômes subjectifs et objectifs une « périodontite aiguë marginale » d'une « périodontite aiguë apicale » ; une

« périodontite aiguë diffuse » d'une périodontite aiguë circonscrite », etc.

Comme la base du traitement est la même dans les différents cas que nous rencontrons, nous croyons pratique la simplification que nous donnons à la classification, en tenant compte des différentes phases par lesquelles peut passer une carie du 4e degré.

THÉRAPEUTIQUE. — C'est le point le plus important et qui mérite toute notre attention, pour arriver à des résultats capables d'encourager le praticien à être avant tout partisan de la méthode conservatrice. Dans la pratique nous nous efforçons de diminuer le nombre des séances.

1° *Période froide.* — Quand le malade se présente avec une dent indolore dans la première période (ou période froide) nous commençons par le nettoyage à fond de la cavité cariée. Préparation complète et minutieuse des canaux à l'aide de rugines, fraises, tire-nerfs et beutelrocks. Des sondes barbelées d'abord, des alésoirs gradués ensuite pour élargir les canaux jusqu'à l'apex devront exclusivement être employés jusqu'au contact du tissu solide et ce proportionnellement à la grosseur des racines. Au cours de cette succession d'opérations, faire de très fréquentes et abondantes irrigations à l'eau bouillie stérilisée, additionnée de 1/10 d'eau oxygénée à 12 volumes.

Après le nettoyage complet seulement nous plaçons la digue, qui jusque-là serait plutôt un obstacle à la réussite du traitement comme nous le comprenons, attendu que le rôle mécanique ne peut être efficace si l'on procède à sec, surtout à partir du moment de la pénétration dans les canaux. Nous séchons ensuite à l'air chaud à 120 degrés centigrades jusqu'à ce que l'effet s'en fasse sentir au malade.

Nous insistons particulièrement sur la nécessité de prolonger les insufflations d'air chaud, le passage dans le canal ou les canaux d'une pointe métallique portée au rouge étant insuffisant. Pendant la première partie de ce passage de l'air chaud, nous obtenons un asséchement de l'organe traité, la prolongation de l'insufflation nous assurant seule que la

stérlisation à obtenir est complète. De même que dans les stérilisations à l'étuve on n'a un effet efficace que quand on a laissé durer l'opération un temps minimum.

Introduire ensuite des mèches humectées de formol, géranié de préference, retirer cette mèche et renouveler quelques insufflations d'air chaud.

Obturation immédiate des canaux avec des cônes de gutta-percha trempés dans une solution de chloroforme saturée d'aristol. Les cônes de gutta que nous emploierons seront préparés par nous-mêmes, à l'avance, et de forme conique, ils épouseront ainsi la forme des canaux qui ne sont pas quadrangulaires, ce qui nous fait repousser les quadrangulaires du commerce. Le durcissement des cônes de gutta dans les canaux, durcissement favorisé par l'aristol, est un gros avantage et ce médicament avec ses 45 à 50 o/o d'iode en contient très suffisamment pour maintenir une asepsie complète.

Obturation définitive de la cavité coronaire au choix de l'opérateur suivant l'importance de la cavité, son siège et sa solidité.

2° *Période tiède.* — Même mode opératoire que précédemment. Toutefois agir avec ménagement, vu la sensibilité possible de l'organe. Mettre la dent en observation avec de la gutta pour protéger une mèche de pansement. Mettre la dent à l'épreuve 24 ou 48 heures ; après ce délai, obturer définitivement ou renouveler le pansement si les phénomènes anormaux n'ont pas disparu.

Mais dans aucun cas, on ne doit laisser la dent ouverte. Un 4e degré ne doit plus rester exposé à la salive à partir de l'instant où a été entrepris son traitement.

3° *Période chaude.* — En plein état inflammatoire observer de grands ménagements. Donner issue au pus s'il y a lieu, Nettoyage de la cavité et des canaux autant qu'il est possible. Irrigations antiseptiques abondantes et nombreuses.

Sécher ensuite le mieux possible et faire à la gutta-percha le pansement, qui sera de court séjour. Parfaire le nettoyage de la cavité et du canal dès que la dent sera devenue assez insensible et renouveler les pansements antiseptiques, mais

ne jamais laisser la dent débouchée. Employer l'air chaud à chaque séance et obturer provisoirement avec des mèches antiseptiques recouvertes de gutta-percha.

Il peut donc y avoir deux périodes froides : une primitive sans manifestations suggestives, une secondaire après des antécédents pathologiques ou succédant à des lésions périodontiques. Chaque stade des deux dernières périodes doit donc rétrocéder pour aboutir au calme nécessaire (fin des phénomènes pathologiques, cessation de la douleur et des sécrétions radiculaires) permettant rapidement le traitement final : obturation.

Notre expérience nous a constamment prouvé qu'exposer les cavités ouvertes à la salive et aux débris alimentaires, c'était prolonger le traitement, en diminuer les chances de succès et préparer la réinfection de l'organe. Nous savons, en effet, que le milieu buccal sert d'habitat à de nombreux micro-organismes, qui se trouvent dans les meilleures conditions pour leur développement. En général ils n'exercent aucune action nuisible sur les tissus qu'ils entourent et sur l'organisme ; la défense buccale rétablit l'équilibre. Sitôt l'équilibre rompu, des complications quelquefois graves peuvent se produire. Dans ces derniers temps on a beaucoup écrit sur la « septicémie buccale ».

La dent atteinte d'une carie du 4e degré est dans la bouche un lieu de moindre résistance vers lequel affluent les microbes, lesquels produisent des fermentations qui transforment les matières albuminoïdes avec dégagement de gaz putrides. Nous estimons illogique un traitement qui, commencé pour détruire et empêcher l'infection, exposerait l'organe à une réinfection certaine ou tout au moins en retarderait la guérison, à son préjudice, par l'aggravation de la désagrégation des tissus durs.

Il serait du plus haut intérêt scientifique que le chimiste pût nous parler de la transformation chimique de la pulpe à l'état de gangrène et des modifications que subissent les tissus dentaires soumis à notre méthode de stérilisation et d'antisepsie rapide.

Lorsque nous avons mécaniquement de la façon la plus minutieuse nettoyé le canal radiculaire, fait des insufflations d'air chaud à 120° environ et fait absorber au tissu dentaire un antiseptique et en particulier du formol, il est probable que les particules restantes dans les canalicules dentinaires sont inoffensives parce qu'elles sont stérilisées et l'on peut être certain du succès.

Nous ne reconnaissons, par le raisonnement, que des inconvénients à laisser ouvertes les dents dévitalisées, durant leur traitement. En admettant que des complications de voisinage se produisent après le traitement irréprochable, il faut bien admettre que la dent, organe aseptique dès que le traitement est terminé, a pu, auparavant, contaminer son voisinage direct : gencives et maxillaires. Les tissus avoisinants n'étant plus en contact avec le foyer d'infection primitif, la phagocytose se charge de remettre les choses en ordre. En effet, quelles que soient ces complications de voisinage survenues par le fait de l'organe contaminé, il est extrêmement rare que ces complications ne disparaissent pas d'elles-mêmes dès que l'organe coupable est lui-même guéri. On rapprochera cette échéance par l'emploi de révulsifs.

Nous conclurons qu'un traitement logique et scientifique sera seul le traitement toujours rapide, très souvent immédiat, mais toujours occlusif, ayant à la base de sa thérapeutique l'air chaud ; il diminue le nombre des séances, encourage le malade et le dentiste à l'entreprendre, assure la conservation d'un organe très utile au malade, tout en augmentant la confiance du patient dans le praticien.

Si, par hasard, les complications de voisinage ne disparaissaient pas, ou se reproduisaient, ce qui est très rare, notre statistique personnelle nous permettant d'en évaluer la possibilité à un cas sur cinq cents traités, nous aurions recours au curettage alvéolo-radiculaire, de préférence à la résection apicale, qui n'est pas toujours rationnelle et dont le résultat est incertain, cette opération ne nécessitant nullement une nouvelle intervention intra-dentaire.

LE PROBLÈME DE L'ARTICULATION

Par ALFRED GYSI, D. D. S.,
Professeur à l'École dentaire de l'Université de Zurich

(*Suite.*[1])

Traduction de M. L. MONET, de La Chaux-de-Fonds (Suisse)[2].

CHAPITRE IV

Son emploi ou mise en plâtre des modèles sur l'articulateur.

Après avoir pris l'articulation et fait les mensurations nécessaires, on congédie le patient et procède maintenant au report sur l'articulateur des données obtenues.

On a sorti de la bouche les cires d'articulation, que l'on place sur leurs modèles respectifs grâce aux entailles faites dans la région des molaires et à l'aide du stylet enregistreur. On laisse la plaque en fer à cheval sur sa cire d'articulation ; seul le stylet enregistreur fixé à la cire supérieure est mis à sa position de repos, c'est-à-dire bien en haut afin que sa force élastique n'écarte pas les deux cires. Sa pointe doit être exactement au sommet de l'arc décrit sur la cire enduite de suie (fig. 30), les entailles faites à la région des molaires doivent correspondre parfaitement.

Les deux cires sont ensuite légèrement collées l'une à l'autre dans cette position normale à l'aide de quelques gouttes de cire et le tout, modèles et cires d'articulation sont maintenus provisoirement par un anneau de caoutchouc pour être adapté au grand enregistreur et ensuite au rapport *St* de la fig. 1 (Voir fig. 30).

Pour que les modèles de plâtre soient placés dans l'éloignement des condyles correspondant à la nature, horizontalement et verticalement, il faut qu'ils soient parallèles à la surface de la table sur laquelle on travaille parce que l'articulateur est construit de telle façon que l'angle d'inclinaison

---

1. V. *L'Odontologie* du 30 mars, p. 241 et du 30 avril, p. 353.

à zéro degré de la plaque à fentes est également parallèle à la surface de la table.

Les pointes en graphite de l'enregistreur doivent être fixées exactement dans le sens de l'axe de la fourche qui correspond au milieu des condyles (fig. 30).

On coupe les modèles de plâtre (fig. 30) jusqu'à ce qu'ils correspondent à ces conditions, et on peut alors les fixer définitivement. Ceci a son importance au cas où après essai en bouche il est nécessaire d'augmenter ou de diminuer la hauteur d'articulation.

Dans la figure 31, des modèles en carton font voir les conséquences que peut avoir le fait d'avoir mis en articulateur les modèles en ne les éloignant pas exactement des condyles lorsqu'il faut ensuite changer la hauteur d'articulation.

Supposons que les modèles comme dans la figure 31 *a* ont été placés trop en avant de sorte que le bord antérieur du modèle du haut corresponde à la division 1 et que les dents aient été montées parfaitement. En bouche, il arrive que les deux maxillaires sont de deux divisions plus courts (fig. 31 *b*). Dans ce cas seules les molaires peuvent se rencontrer, les incisives ne viennent plus en contact. Dans le cas contraire, c'est-à-dire lorsque le maxillaire est plus long, seules les incisives se rencontrent, les molaires ne se touchent pas. Cette erreur peut être corrigée en meulant les incisives ce qui ne peut pas se faire dans le premier cas vu la surface plus compliquée des molaires.

Par conséquent, si l'on veut placer les modèles sans autre il est préférable de les mettre plutôt en arrière qu'en avant.

Le modèle du bas mis en plâtre, on peut enlever l'appareil enregistreur sauf la plaque en forme de fer à cheval. Les plaques à fentes correspondant aux parcours enregistrés sont mises en place et dans la bonne inclinaison par rapport à la surface mastiquante au moyen de la vis 5 (fig. 25).

On exécute ensuite avec l'articulateur des mouvements

latéraux (fig. 32) et prend soin que le stylet *r* suive exactement la courbe *K* de la plaque en fer à cheval *h* ; si ce n'est pas le cas on déplace les deux supports postérieurs correspondants *D* (fig. 25) jusqu'à ce qu'il y ait concordance. De cette façon on trouve les vrais centres de rotation.

Le support antérieur *St* figure 25 est mis en place au pied de la surface inclinée correspondante. C'est seulement maintenant que la hauteur de l'articulation est ainsi fixée ; on peut enlever la plaque en fer à cheval dont on remplace l'épaisseur par quelques gouttes de cire.

Après que l'enregisteur des incisives est enlevé de la cire du haut, on peut commencer à placer les dents.

Toutefois, avant de couper les bords de cire on marque au moyen d'un compas le bord inférieur de la cire supérieure, en haut, sur le modèle de plâtre. En même temps la ligne médiane est prolongée sur les deux plâtres en haut et en bas (fig. 28).

Je fais toujours attention en prenant l'articulation que le bord inférieur de la cire d'articulation du haut soit parallèle à la ligne oculaire et 1 à 2 mm. plus court que le rebord inférieur de la lèvre supérieure ce qui représente exactement la longueur des incisives.

Pendant l'ajustement des dents on peut détruire la ligne médiane et la ligne horizontale, elles peuvent facilement être retrouvées par lignes de repère faites plus haut sur les modèles de plâtre. On évite ainsi d'avoir une rangée de dents descendant d'un côté ou de l'autre, ou des incisives trop longues ou trop courtes, défauts difficiles à corriger. On évite également l'emploi d'un instrument de nivellement. Avant de commencer à placer les dents, on ne doit enlever d'abord qu'un côté de la cire afin de placer les dents conformément au bord de cire qui reste encore (fig. 28).

Dans la figure 32 la manière de tenir l'articulateur fait voir les choses renversées contrairement à la nature.

On contrôle le plus facilement la position des dents artificielles en faisant mouvoir l'articulateur de la position de repos (occlusion) à celle de côté.

Si les dents sont bien placées pour exécuter ce mouvement, elles le seront également pour les mouvements de mastication, puisque ceux-ci consistent dans le glissement du maxillaire en partant du côté latéral pour arriver à la position d'occlusion ; par ce mouvement les dents glissent avec force les unes sur les autres, broient et coupent les aliments.

Avant que ce mouvement de glissement en arrière se produise, les mâchoires s'ouvrent un peu, les lèvres étant closes ; la cavité buccale est fermée en arrière par la langue ; il se produit un espace d'air raréfié qui permet à la pression de l'air extérieur d'appliquer les lèvres et les joues contre les arcades dentaires ; les aliments sont alors poussés sous les dents. A ce moment seulement le maxillaire exécute un mouvement faible de côté qui ramène les dents dans la position d'occlusion et broie les aliments.

Si les dents artificielles sont mal montées dans un simple articulateur à charnières, le porteur de l'appareil de prothèse ne peut exécuter les mouvements latéraux de mastication, mais seulement ceux d'ouverture et de fermeture de sorte que les aliments et spécialement la viande n'est qu'écrasée, ses fibres ne sont pas broyées : la mastication est donc incomplète.

En plaçant les dents dans l'articulateur, celui-ci doit être manié dans les mouvements latéraux comme dans la figure 33 de façon que les rangées de dents ne se ferment que par le poids du modèle de gypse du haut.

C'est seulement lorsque les dents ont été disposées avec l'articulateur à charnières d'une manière à peu près exacte que l'on procède à la correction de cette disposition par rapport aux mouvements latéraux.

Pour cela on chauffe quelque peu l'un des côtés des arcades, on ouvre l'articulateur et exécute un mouvement latéral en tenant l'appareil comme il est indiqué dans la figure 33. Ceci fait, on presse les deux arcades l'une contre l'autre et les dents se mettent d'elles-mêmes dans la position exacte. On exécute un mouvement latéral dans le sens opposé et en-

suite plusieurs fois de gauche à droite. Il n'y a plus qu'à procéder de la même manière pour l'autre côté des arcades et à faire ensuite mouvoir les deux côtés alternativement. L'articulation la plus compliquée est ainsi obtenue comme par enchantement.

Le support *St* et la surface inclinée doivent être naturellement maintenus exactement à leur place pendant ces mouvements afin que la hauteur de l'articulation soit conservée ; de même il est entendu que les surfaces mastiquantes des molaires ont été façonnées suivant les lois énoncées dans le chapitre suivant.

CHAPITRE V

Les lois de l'articulation.

Comme il a été dit plus haut, il ne sert à rien d'avoir un bon articulateur, si les dents artificielles ne sont pas placées conformément à la nature. Il est par conséquent important d'étudier exactement les considérations suivantes :

Le Dr *G. V. Black* a démontré au moyen du dynamomètre, « qu'avec un dentier artificiel qui repose seulement sur la gencive on ne peut exercer une force égale à celle exercée par les dents naturelles reposant dans les os de la mâchoire ». — Il fit voir également, en examinant les aliments au point de vue de leur caractère physique « qu'il faut beaucoup moins de force pour mastiquer les aliments avec des dents à cuspides qu'avec des surfaces planes ».

Walker (*Cosmos*, 1896, page 579) dit encore: Il est par conséquent nécessaire que les dents artificielles aient des tubercules aussi bien formés que ceux des dents naturelles et c'est un fait regrettable que beaucoup de ceux qui sont obligés de porter des appareils de prothèse dont la force est selon Black moindre, voient encore cette force diminuée par suite de l'emploi d'un articulateur défectueux, les tubercules de leurs dents artificielles étant détruits.

I. — *Les arcades dentaires en général et les centres de rotation.*

En examinant les empreintes en plâtre de mâchoires naturelles parfaitement disposées, on remarque dès l'abord des différences essentielles dans la courbure des arcades. En



Fig. 33. — Comment on tient l'articulateur pour la disposition définitive des arcades dentaires lorsque les dents sont déjà placées.

employant mes instruments de mensuration on voit en outre qu'à des courbures prononcées correspondent de fortes inclinaisons des trajectoires des condyles.

Cette courbure des arcades est appelée faussement *courbe de compensation.*

L'anatomiste, comte de Spee « Die Verschiebungs bahn des Unterkiefers am Schadel », Arch. f. Anat. ù Physio, 1890, montra le premier que la courbure de l'arcade dentaire inférieure est en certain rapport avec l'inclinaison du condyle et que le mouvement en avant du maxillaire inférieur est en arc de cercle (fig. 34) dont le centre serait dans la cavité oculaire ou au-dessus (*Dental Cosmos*, octobre 1905, page 1192).

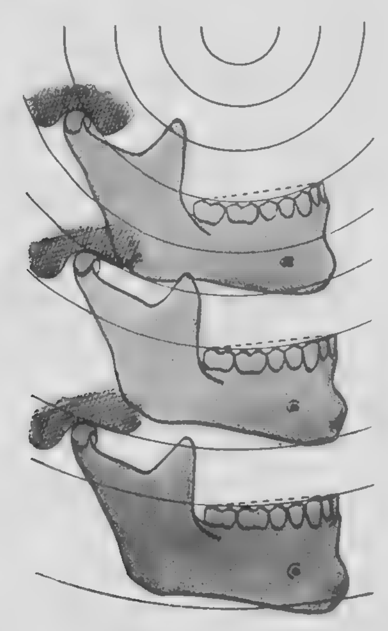


Fig. 34. — Relation entre l'inclinaison de la trajectoire de l'articulation et la courbe de compensation d'après Spée.

« Plus le chemin parcouru par le condyle est droit, plus la courbure de l'arcade est grande car les deux dents ont le même rayon » (Spee).

Christensen ajoute dans la *Correspondenz Blatt,* janvier 1902, page 62 : « Si nous estimons que tout mouvement d'une partie d'un corps solide provoque le même mouvement du corps entier et que le maxillaire avec les dents forme un tout solide, il s'en suit que les mouvements des

deux parties, dents et condyle, sont identiques et parallèles, ont un même axe. »

Ces données ne sont exactes que pour les ruminants; mais chez l'homme il existe en plus le chevauchement des incisives supérieures sur les inférieures, ce que *Christensen* néglige prudemment dans son dessin. (Page 63.)

Peckert suit la même idée dans la brochure « Neuheiten und Verbesserungen von S.S.W., novembre 1906 », mais il fait cette remarque: Ce mouvement circulaire du maxillaire quand il se meut en avant n'est en forme d'arc de cercle que si les cuspides des prémolaires et molaires sont presque complètement usés et seulement lorsque le chevauchement des incisives est minime; dans tous les autres cas, ce mouvement idéal en cercle est plus ou moins modifié. Cette remarque est déjà un progrès sur les conceptions anciennes, mais je ne suis pas d'accord avec les derniers mots, car le chevauchement des incisives existe généralement; il s'en suit que le mouvement en avant et en forme d'arc de cercle est accompagné dans les déplacements latéraux du maxillaire d'un mouvement de rotation autour des condyles; les maxillaires sont alors obligés de s'ouvrir un peu, plus ou moins selon le plus ou moins grand chevauchement des incisives. Par ce fait, le contact des molaires n'existe plus même en cas de forte courbure des arcades; pour le conserver il est nécessaire que les dents aient des tubercules qui soient en rapport avec le chevauchement des incisives.

J'ai découvert que le vrai centre du cercle que décrit le maxillaire inférieur se trouve à l'opposé de celui de Spee, c'est-à-dire en *G* (fig. 35), cette figure fait voir qu'il suffit d'une trajectoire de 33° pour surmonter un chevauchement des incisives de 60° et que les cuspides des molaires dont je parlerai plus loin correspondent avec le centre. Les cercles *Z* et *C'* de Spee ne sont donc valables que chez les ungulagrades et les ruminants tandis que les miens *S* et *C* le sont chez les rongeurs, les primates et l'homme.

Tout cela est toutefois bien beau sur le papier; la fig 35.

ne représente qu'un cas spécial d'inclinaison de l'articulation de 33° et des incisives de 60°, car le centre de rotation peut différer suivant les inclinaisons de la trajectoire variant

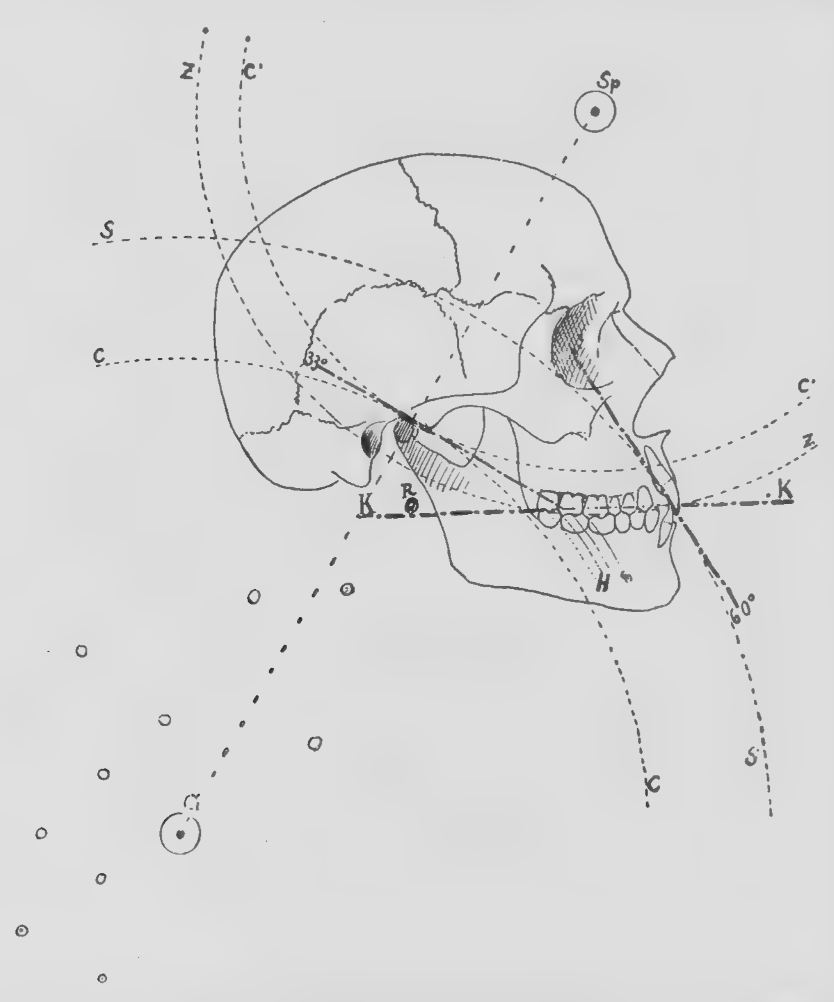


Fig. 35. — Les divers centres de rotation du maxillaire inférieur trouvés jusqu'ici. Sp G. R.

de 20° à 50°, et l'inclinaison de la trajectoire des incisives variant de 50° à 70° et se trouver aux endroits indiqués tout autour de *G* par de petits cercles et même se placer au delà du bord inférieur de la page ; en tenant compte de tous ces centres, il en résulterait un articulateur volumineux, peu

maniable et d'une construction compliquée dans les cas de trajectoires inégales à gauche et à droite.

Le centre de rotation en *G* ne se rencontre que dans les mouvements en avant du maxillaire comme le montre la fig. 35. Dans le mouvement qui provoque l'ouverture de la bouche, le centre est en *R*, soit au-dessous du condyle, dans le plan d'occlusion *K*, comme il découle des recherches de *Tomes* et *Delamore* (*Transactions of the Odont. Soc. of Great Britani*, april 1901) et de Walker. L'articulateur de *Kerr* est construit en partant du centre *R* (Spence, *Items of Interest*, juin 1907) ; ce centre n'a pas grande valeur puisque dans les mouvements latéraux de la mastication, les maxillaires ne s'ouvrent que de 1 1/2 à 2 mm., soit seulement de la hauteur du chevauchement des incisives ou de la profondeur du sillon longitudinal des molaires.

Frank, d'Amsterdam, après des expériences et mensurations fausses, croit avoir trouvé que le centre de rotation est de 6 à 20 cm. au-dessus des dents dans la région du centre de Spee. Si cela était le cas, les incisives devraient, dans les mouvements latéraux, décrire une trajectoire semblable à celle de leur bord tranchant, ce qui est facile à prouver par des expériences avec un os de maxillaire inférieur. Les mensurations faites avec mon petit enregistreur de la trajectoire des incisives, montrent toutefois et sans aucun doute un tout autre parcours (voir chapitre II B). Comme le lieu où est placé le centre de rotation de Frank est très variable, il en vient à la conclusion classique: Un articulateur basé sur la trajectoire de l'articulation n'a aucune valeur (voir *Britisch Dental Journal*, april 1908).

Des mensurations très exactes ont fait voir que lorsque le maxillaire ne s'ouvre que de 2 à 3 mm., les condyles restent en place ; par conséquent le centre de rotation se trouve dans l'axe des condyles mêmes. Dans les mouvements latéraux où le maxillaire ne s'ouvre que d'une quantité égale au chevauchement des incisives, seul ce troisième centre de rotation placé dans l'axe des condyles entre en jeu.

A mon point de vue, la recherche des autres centres de

rotation n'a qu'une valeur scientifique, telle que celle de la recherche du Pôle Nord, et aucune valeur pratique dans la construction d'un articulateur.

C'est pour cela que mon articulateur est indépendant de ces centres de rotation ; les trajectoires parcourues par le condyle et par les incisives sont fixées sous des formes prévues et variables et le seul centre de rotation employé est celui correspondant aux mouvements latéraux du maxillaire. Il n'a aucune valeur dans les mouvements en avant ou ceux de fermeture et d'ouverture de la bouche ; il se trouve dans l'axe des condyles.

Peckert fait voir ensuite au moyen de nombreuses figures, combien forte doit être la courbure de l'arcade de Spee (courbe de compensation) pour surmonter un chevauchement donné des incisives. Ces figures ne sont toutefois que de l'art car dans les cas où cet auteur veut démontrer que la courbure est trop faible, il dessine des surfaces triturantes très plates et un fort chevauchement des incisives (Peckert, fig. 4 et 4 *a*), et dans les cas où la courbure peut au contraire surmonter le chevauchement, il dessine pour aider sa démonstration et sans s'en douter, des molaires avec forts tubercules et un faible chevauchement. *Peckert* démontre ainsi ce qui existe en réalité, sans s'en rendre compte (Peckert, fig. 4 et 4 *a*) c'est-à-dire que ce sont les tubercules des molaires qui permettent de surmonter le chevauchement et non pas la courbe de compensation.

J'ai établi ces relations géométriquement et sur des dentures naturelles et suis arrivé à la conclusion que la courbure de l'arcade dentaire ne mérite pas son nom de courbe de compensation, mais bien plutôt les faces mésiales des tubercules des molaires inférieures et les faces distales des molaires supérieures qu'on pourrait appeler *surfaces de compensation ;* la courbe de compensation ne pourrait être dénommée que *courbe auxiliaire,* car dans les cas extrêmes, elle permet que les tubercules des molaires ne soient pas trop développés.

Dans la fig. 36, j'ai déterminé exactement combien forte devra être la courbe de compensation pour exercer selon *Peckert* une compensation. Les principes de cette figure sont les suivants :

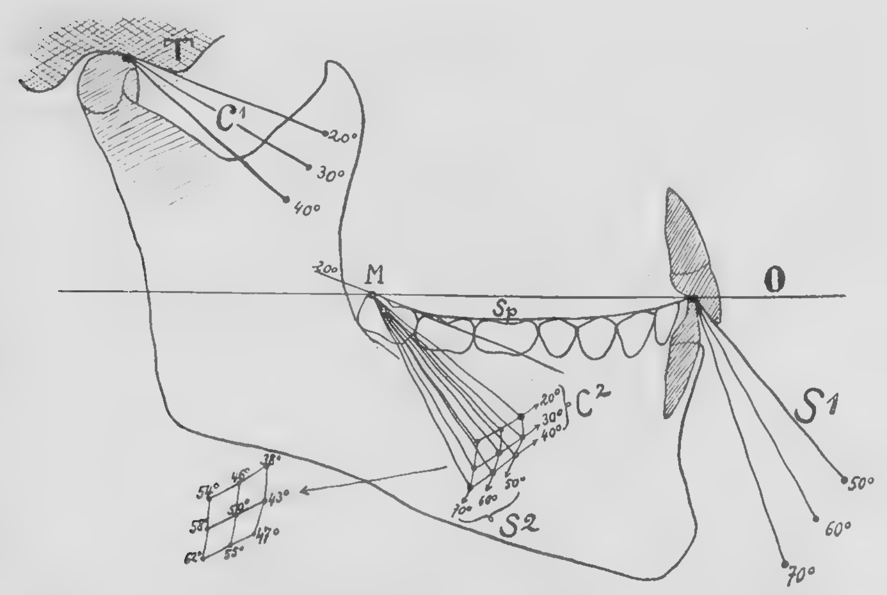


Fig. 36. — Pour démontrer que la courbe de compensation ne suffit pas pour maintenir le contact des molaires dans le mouvement du maxillaire en avant.
C Inclinaison de la trajectoire de l'articulation par rapport au plan d'occlusion.
O Plan d'occlusion.
S^1 Inclinaison de la trajectoire des incisives par rapport à O.
Sp Courbe de compensation de Spée.
M Point des molaires se dirigeant vers C^2-S^2 tandis que le condyle et les incisives se meuvent vers C^1 et S^1.

1° L'angle le plus fréquent de la trajectoire de l'articulation soit de 20° à 40° ;

2° Le chevauchement des incisives le plus fréquent soit de 50° à 70°.

On découpe dans une feuille de papier le contour du maxillaire inférieur (fig. 36) et marque chacun par un point la partie supérieure du condyle ; la partie labiale du bord incisif des incisives inférieures et le tubercule postérieur de la dernière molaire inférieure ; on fait ensuite mouvoir le point représentant le condyle dans les trois inclinaisons principales de la trajectoire parcourue par le condyle et le

point représentant les incisives dans les trois directions principales où se meuvent les incisives ; le point représentant le tubercule postérieur de la dernière molaire décrira neuf courbes dont la plus forte aura une inclinaison de 62° et la plus faible 38° par rapport au plan d'occlusion. L'arcade dentaire devrait avoir une courbure d'au moins 38° pour exercer dans le cas le plus favorable une action de compensation. L'arcade dentaire la plus faible ainsi construite par le procédé de la fig. 36 a une courbure deux fois plus grande que l'arcade la plus courbée trouvée dans ma collection de dentures naturelles. Une fois de plus, la désignation de courbe de compensation est donc fausse.

Les pages suivantes sont encore là pour le démontrer.

La courbure de l'arcade dentaire peut être déterminée de diverses manières :

1° Par la hauteur en millimètres de la courbe par rapport au plan d'occlusion ;

2° Par la longueur du rayon de cette courbe ;

3° Par l'angle qu'elle forme avec le plan d'occlusion.

J'emploierai ce dernier moyen et m'occuperai spécialement de l'angle que fait la partie la plus postérieure de l'arcade dentaire ou l'inclinaison de la dernière molaire par rapport au plan d'occlusion. C'est cette partie de la denture qui permet en effet le rapprochement des deux mâchoires dans les mouvements en avant et latéraux du maxillaire supérieur.

Les mensurations se font sur les empreintes, comme il est indiqué dans la fig. 38.

La courbure la plus prononcée de ma collection est de 20°.

Dans la fig. 37 j'ai déterminé par la même méthode que dans la fig. 36 l'angle de la trajectoire parcourue par le tubercule mésial de la dernière molaire inférieure. De ce point part en effet la vraie surface de compensation qui est formée par les tubercules *mésiaux* des dernières molaires inférieures, et les tubercules *distaux* des premières molaires supérieures.

Si l'on fait mouvoir le maxillaire inférieur (fig. 37) avec *G* représentant le condyle dans la direction du point *g* selon

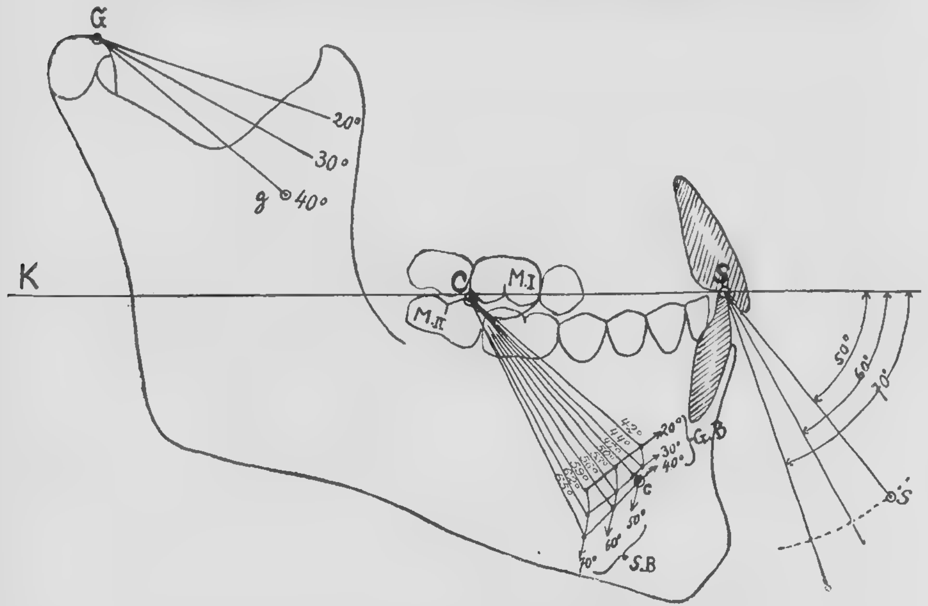


Fig. 37. — Les surfaces de compensation des molaires assurent le contact des molaires dans le mouvement du maxillaire en avant.

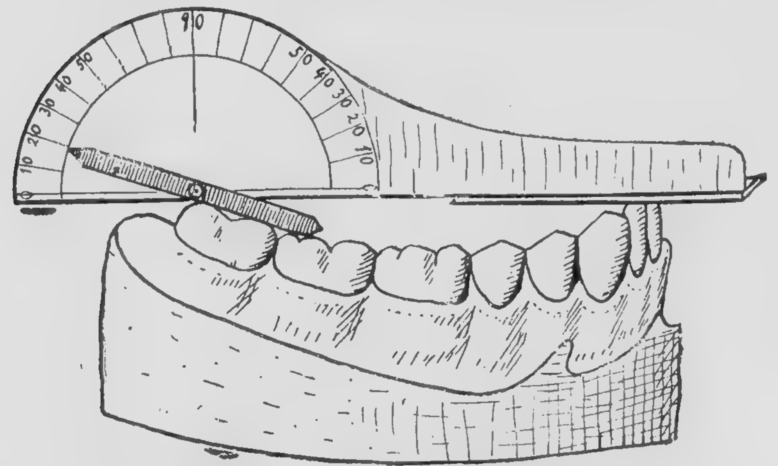


Fig. 38. — Instrument pour mesurer la courbure de l'arcade.

un angle de 40°, et le point *S* des incisives dans la direction de *s* selon une inclinaison de la surface palatine des incisives supérieures de 50°, le point de compensation *C* décrira dans la direction de *c* un chemin ayant une inclinaison de 47°.

Il s'en suit que les tubercules des molaires devraient être inclinés de 47° par rapport au plan d'occlusion pour qu'en

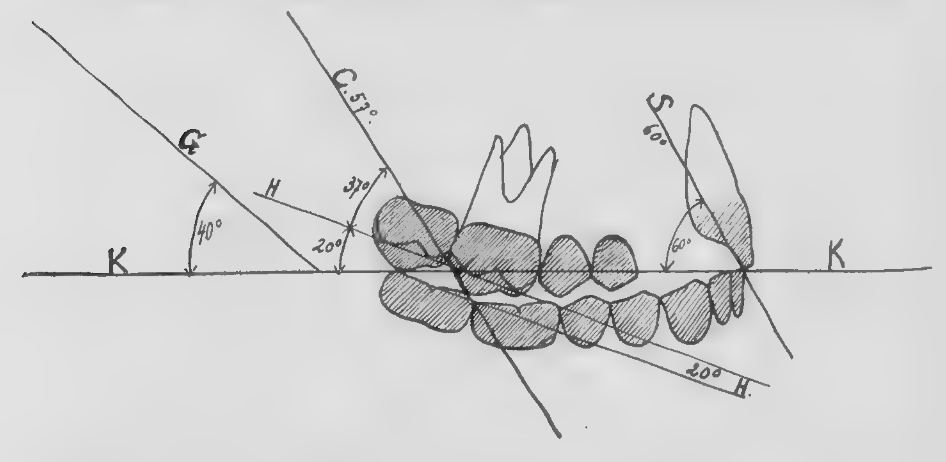


Fig. 39. — Action commune de la courbe de compensation et des surfaces de compensation des molaires pour maintenir le contact des molaires dans le mouvement du maxillaire en avant.

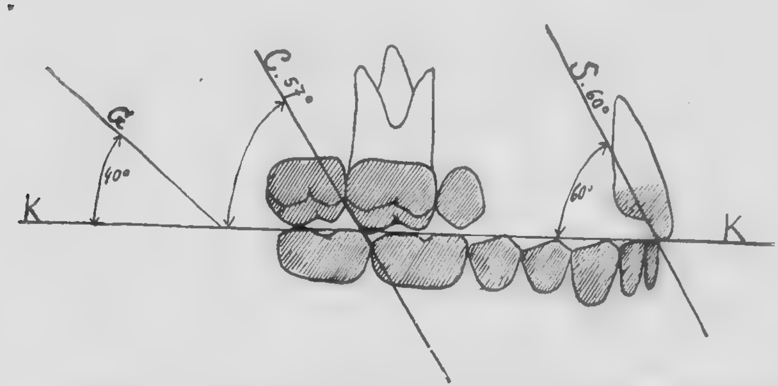


Fig. 40. — Sans la courbure de l'arcade, les surfaces de compensation des molaires devraient être trop élevées.
K Plan d'occlusion. C Surface de compensation. H Courbe accessoire.
S Trajectoire des incisives. G Trajectoire de l'articulation.

portant le maxillaire en avant le contact des molaires ne soit pas perdu. La fig. 37 montre encore que les surfaces de compensation des molaires ont des inclinaisons variant de 42° à 65°.

Les fig. 41, 42 et 43 illustrent trois cas de mouvement en avant avec les données suivantes :

G = Angle de la trajectoire du condyle 40°.

S = Trajectoire des incisives inclinée de 60°, par rapport au plan d'occlusion.

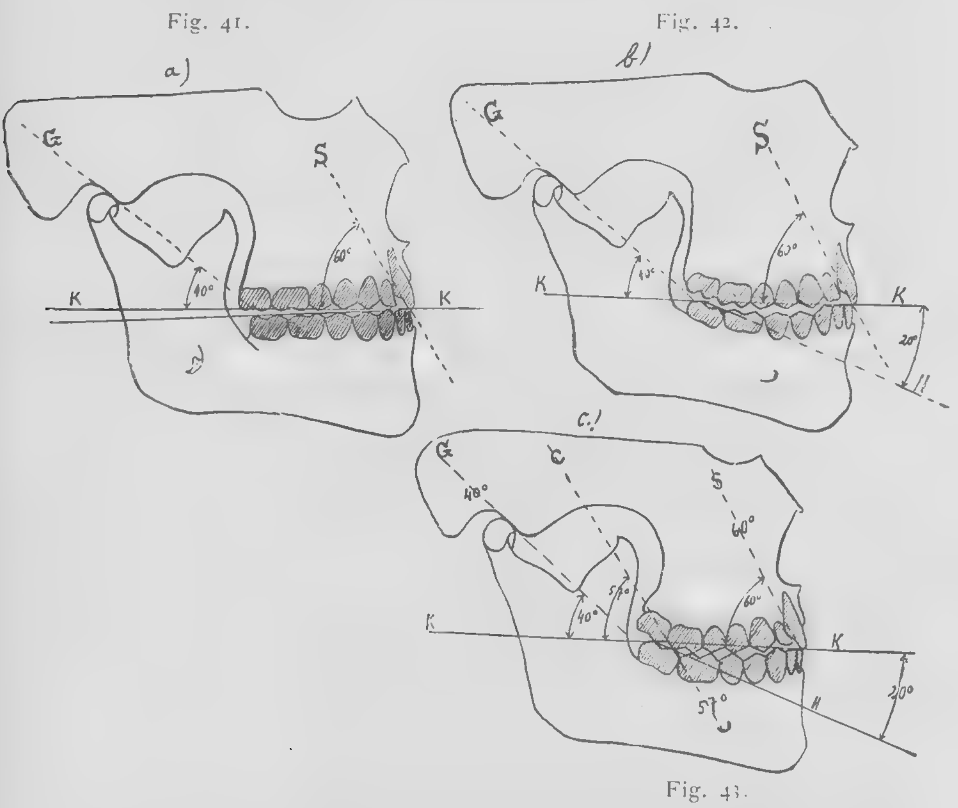


Fig. 43.

Fig. 41. — Sans la courbure de l'arcade et avec des tubercules de molaires trop bas, le contact des molaires n'est pas maintenu dans le mouvement du maxillaire en avant.

Fig. 42. — Avec une courbure de l'arcade, mais avec des tubercules, trop bas, le contact n'est cependant pas maintenu.

Fig. 43.

G Inclinaison de la trajectoire de l'articulation.
S Inclinaison de la trajectoire des incisives.
C Inclinaison des tubercules. I Compensation.
H Inclinaison de la dernière dent de la courbe accessoire.
K Plan d'occlusion auquel tout est rapporté.
La présence d'une courbure de l'arcade et de tubercules des molaires bien développés est nécessaire pour conserver le contact.

Dans la figure 41, il n'y a pas de courbure de l'arcade et les tubercules des molaires sont faiblement développés : par conséquent le contact des dernières molaires est perdu en mordant en avant.

Dans la figure 42, la courbure de l'arcade est la plus prononcée que j'aie rencontrée et cependant le contact des molaires pendant le même mouvement est perdu parce que les tubercules des molaires sont faiblement développés. C'est seulement dans la figure 43 où la même arcade à forte courbure est accompagnée de molaires à tubercules bien développés que le contact des molaires est constant.

On pourrait donc donner à l'arcade dentaire seulement le nom de « courbe accessoire » puisqu'elle permet que les tubercules des molaires soient moins développés. C'est ce que j'ai cherché à démontrer dans les fig. 39 et 40. Dans la fig. 39 les surfaces de compensation (*c*) sont inclinées de 57° par rapport au plan d'occlusion ; mais par rapport à l'axe longitudinal de la première molaire supérieure, cette inclinaison n'est que de 37° c'est-à-dire d'une quantité représentant l'inclinaison de la « courbe accessoire ». Dans la fig. 40 où l'arcade n'a pas de courbure, l'inclinaison de la surface de compensation de la première molaire est de 57° ; ses tubercules sont par contre bien développés pour que le contact des molaires soit conservé.

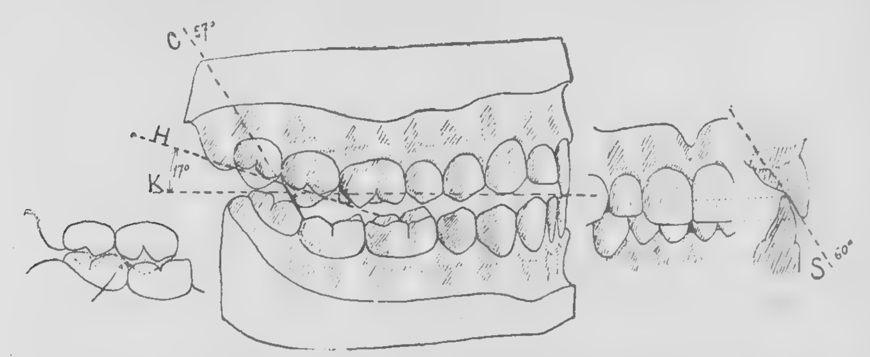


Fig. 44. — Les tubercules des molaires permettent de surmonter un fort chevauchement des incisives dans le mouvement du maxillaire en avant.

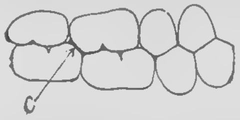


Fig. 45. — Coupe longitudinale des molaires montrant leur disposition en escalier qui donne lieu à la formation en C d'une surface de compensation.

La fig. 44 donne l'image du modèle avec lequel j'ai décou-

vert les surfaces de compensation des molaires ; le chevauchement des incisives est très grand, l'inclinaison de l'arcade est à sa partie postérieure de 17°.

Dans le mouvement en avant du maxillaire on voit que le contact n'est conservé que grâce au fort développement des tubercules, et non pas à l'aide de la courbure de l'arcade. Comme les dents de sagesse sont présentes, les surfaces de compensation sont formées par la surface mésiale de la troisième molaire inférieure et par la surface distale de la deuxième molaire supérieure.

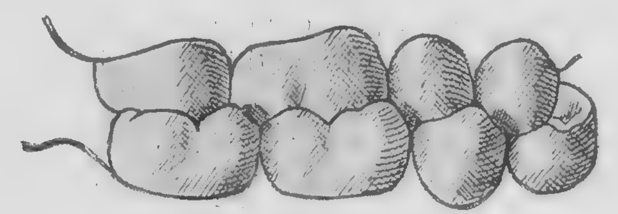


Fig. 46. — Position de repos.

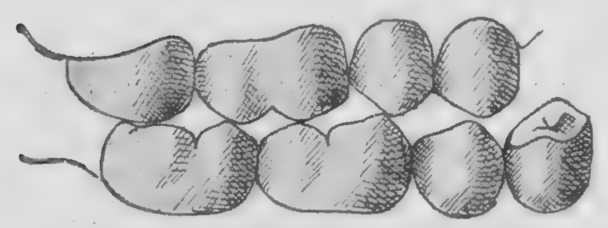


Fig. 47. — Mouvement du maxillaire en avant.

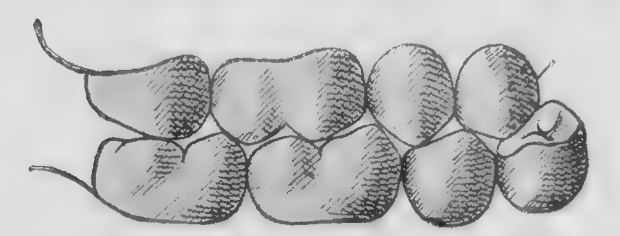


Fig. 48. — Mouvement latéral du maxillaire.

Dans la fig. 47, il n'y a pas de courbure de l'arcade et cependant toutes les surfaces de compensation exercent leur action.

Dans la fig. 48, les tubercules quoique fortement déve-

loppés, ne gênent pas les mouvements latéraux, ils glissent dans les espaces interdentaires.

Dans la fig. 46, les mêmes dents sont représentées dans la position de repos.

Comme il n'existe pas dans le commerce des molaires ayant des tubercules avec des surfaces de compensation exactes, il est nécessaire de les faire soi-même à la meule ce qui est très simple si l'on procède suivant le schéma (fig. 45).

L'effet dans la bouche est étonnant et celui qui a réussi une fois, n'y renoncera pas, car ces surfaces de compensation n'ont pas seulement leur utilité dans les mouvements en avant, mais dans les mouvements latéraux, donc dans tous les mouvements de la mastication.

Il est vrai qu'avec des dents artificielles, on ne peut se permettre des inclinaisons de 65°, les dents naturelles ont l'avantage d'être fortement implantées par leurs racines ; un dentier serait de ce fait constamment poussé en avant.

Le praticien ne doit pas s'effrayer de l'exactitude de ces chiffres ; en pratique, les choses se passent plus simplement, et on a vite fait de trouver l'inclinaison qui convient à chaque cas particulier.

(A suivre.)

RÉUNIONS ET CONGRÈS

Ve CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL

Berlin 23-28 août 1909.

COMPTE RENDU

(Suite [1].)

Par Georges Villain, D. D. S.
Professeur suppléant à l'École dentaire de Paris.

IV. — Travaux des Sections.

M. Choquet présente, dans la section que préside M. Adloff, une note très intéressante sur le crâne préhistorique de la « Chapelle aux Saints », qu'il a pu étudier grâce à l'amabilité de M. Boulle, professeur de paléontologie au Muséum. Il résulte des observations de M. Choquet que ce crâne présente des altérations anatomo-pathologiques absolument typiques permettant d'affirmer d'une façon indiscutable que déjà à cette époque existait la pyorrhée alvéolaire.

M. Choquet présente dans la même section, le même jour, une note accompagnée de clichés en couleurs et de projections de préparations microscopiques ayant trait à une incisive latérale supérieure gauche restée en ectopie dans le maxillaire jusqu'à 40 ans et offrant des caractères histologiques particuliers.

M. Morgenstern, de Strasbourg : *Sur quelques structures dentaires auxquelles on n'a pas fait attention jusqu'ici.*

1° La fonction principale de la pulpe sur une fonction formative.

La pulpe produit, après l'achèvement de la dentine primaire, de la dentine secondaire, en réduisant son volume progressivement. Son activité est épuisée avec l'achèvement de la dentine ; si à ce moment elle n'est pas encore disparue, comme chez la plupart des vertébrés, sa dernière portion se trouve dans un état d'atrophie progressive ;

2° La pulpe a un rôle de nutrition passager pour la dentine, en rapport direct avec la diminution physiologique de son volume et qui atteint sa fin avec la disparition physiologique de la pulpe ;

3° La vitalité des substances dures de la dent n'est encore nullement influencée par l'atrophie physiologique de la pulpe ;

4° Il résulte que la dentine primaire et la dentine secondaire doi-

1. V. *L'Odontologie* des 15 et 30 septembre, 15 et 30 octobre, 15 et 30 novembre, 15 et 30 décembre 1909, 30 janvier, 15 et 28 février 1910.

vent posséder des lymphatiques, car, faute de vaisseaux sanguins, l'échange gazeux démontré ne pourrait pas se faire si des lymphatiques n'existaient pas ;

5° Le périodonte est très riche en lymphatiques, il forme chez l'homme un réseau à grandes mailles étoilées ;

6° Des trajets lymphatiques passent du périodonte dans le cément de la racine. Les plus larges entre eux ont une forme tubulaire avec des ramifications.

A côté de cela le cément contient des fentes lymphatiques d'une grande finesse qui sont disposées en nappe. Elles apparaissent dans une coupe transversale comme des lignes très fines ;

7° Un peu au-dessus de la couche granuleuse de la dentine, les lymphatiques du cément se réunissent pour former un système de canaux très serré qui a, chez la plupart des vertébrés, une disposition parallèle, chez l'homme et chez quelques espèces de singes la disposition d'un réseau à mailles très serrées ;

8° Ce système canaliculaire s'étend et s'adapte dans chaque excavation et à chaque saillie de la dentine coronaire ;

9° De ce système de canaux se prolongent des canalicules très fins qui se dirigent dans la dentine vers la couche granuleuse de la racine et directement vers les canalicules dentaires qui s'anastomosent avec celle-là. Les canalicules sont dénommés par l'auteur commissures de la dentine ;

10° Du système canaliculaire de la couronne qui se trouve tantôt dans l'émail, tantôt dans la dentine, partout des canalicules à l'extérieur pour traverser encore une fois l'émail dans ces espaces interprismatiques. L'auteur les a dénommés fentes fibrillaires, parce qu'ils apparaissent comme des fibrilles qui passent dans des fentes spéciales de l'émail ;

11° Ces fentes apparaissent sous forme de tire-bouchon dont le calibre diminue en s'approchant de la limite externe de l'émail. Elles s'élargissent et s'étendent dans la plus grande partie de l'émail en diminuant le calibre ;

12° La masse fusiforme et irrégulière qui se trouve dans l'émail et qui figure comme organe permanent de l'émail n'est autre chose que des coupes transversales des fentes fibrillaires.

Les fibres qui ont été jusqu'ici considérées par les auteurs comme des prolongements de l'émail des canalicules ne sont autre chose que les commissures décrites plus haut ;

13° Dans le cément de la racine, sur toute la surface de la dent et dans l'émail, il existe un système fibrillaire dont les rapports avec les tissus mentionnés sont les mêmes que le système lymphatique que j'ai démontré ;

14° Les fibrilles forment à la surface de la dentine un système de

fibrilles dentinaires ayant la même disposition que le système canaliculaire limitant de la dentine ;

15° Les fibrilles montrent souvent une disposition en zigzags ou sinueuse comme forme, dimension et réaction, elles s'approchent du cylindre et on peut les suivre à la racine jusqu'au trajet des nerfs du périodonte. Il est incontestable que leur identité avec les fibres nerveuses est le même ;

16° Tandis que le système fibrillaire et le système canaliculaire forment plusieurs couches entre eux, il se trouve en dehors de celles-ci un réseau rectangulaire d'une seule assise et formé de fibrilles fines à mailles très larges ;

17° Les fibrilles décrites aux numéros 14 et 15 traversant les espaces interprismatiques de l'émail sont plus serrées aux points des tubercules et se laissent poursuivre quelquefois à la limite externe de l'émail ;

18° Des nombreuses fibres dentinaires se dirigent vers les canalicules dentinaires, elles étaient considérées par erreur comme des prolongements de la fibre de Tomes, et devraient cependant être considérées comme la commissure de la couche des fibrilles dentinaires ;

19° Les données cliniques et physiologiques de la nature nerveuse de ces fibres se résument :

a) Il existe une sensibilité spontanée de l'émail chez beaucoup de personnes sous l'influence de la chaleur, des mets salés et sucrés.

b) A la trépanation et au meulage de l'émail sain on éprouve des sensations très douloureuses, qui augmentent en s'approchant du centre et en étendue lorsqu'on approche de la limite de la dentine.

c) L'émail intact mis à nu au niveau du collet devient très sensible sous l'influence de légères attaques chimiques ou thermiques.

d) La moindre lésion superficielle, érosion, décalcification, peut donner lieu à des névralgies prolongées, au contact seulement.

e) La cocaïne, la novocaïne, la suprarénine, qui produisent par leur contact l'anesthésie des terminaisons nerveuses, insensibilisent les parties sensibles de l'émail quand on s'en sert sous forme de cataphorèse ou par la compression. Toutes les théories qui expliquent la sensibilité des parties dures de la dent tombent devant une constatation des éléments nerveux. La sensibilité de la dentine de l'émail du cément persiste sans modification après la disparition physiologique de la pulpe. La sensibilité des parties dures de la dent n'est pas la seule fonction des parties nerveuses, elle sert à recevoir les impressions mécaniques et chimiques et à les communiquer aux nerfs trophiques.

Ces derniers doivent se trouver aussi dans la dent. Tant que la pulpe conserve son action formative, ses nerfs vaso-moteurs sont excités par la voie réflexe, ce qui provoque la néoformation interne de la dentine.

De plus, l'excitation sensible se communique aux éléments trophiques de la couche dentinaire limitante et produit, par l'excitation des nerfs moteurs de la racine et de l'alvéole, le développement de la racine en longueur et largeur.

Les nerfs des substances dures ne sont pas un luxe de la nature, mais une nécessité indispensable pour réparer intérieurement l'usure mécanique extérieure, éviter la mise à nu prématurée de la pulpe et l'ébranlement de la dent par le développement et la consolidation de la pulpe. Sans les nerfs des substances dures les dents de tous les vertébrés seraient vouées à une disparition prématurée, certaine.

M. Blank, de Kiev, Russie: *Anesthésie locale et générale.*

1° L'injection d'extraits glandulaires tel que la suprarénine, l'adrénaline, etc. comme addition à la cocaïne et à ses dérivés, peut dans l'anesthésie locale produire de dangereuses intoxications.

2° L'anesthésie de l'injection ne doit pas être considérée comme un substituant idéal de l'anesthésie générale, mais probablement comme moins dangereuse que la dernière.

3° Il est désirable que l'on établisse, si possible, une statistique internationale de la mortalité et des phénomènes d'intoxication dans l'anesthésie par injection.

M. Bunte, de Greifswald : *L'anesthésie mandibulaire en tenant particulièrement compte des conditions anatomiques.* C'est seulement par des connaissances anatomiques approfondies qu'une anesthésie bien comprise peut être administrée.

Les points à atteindre, le point de piqûre ainsi que la conduite de l'aiguille, doivent être orientés en rapport avec la cavité de la bouche, l'état de cette cavité est soumis à certaines variations, en particulier à celles de l'âge.

Dans la mâchoire supérieure entrent en ligne de compte pour l'anesthésie :

a) Les nerfs alvéolaires supérieurs postérieurs ;

b) Le nerf palatin antérieur ;

c) Le nerf infraorbital et l'anastomose avec le nerf en question de l'autre côté ;

d) Le nerf nasopalatin et l'anastomose entre les deux.

Au maxillaire se trouvent des ouvertures situées à environ 3—4 1—2 cm. au-dessus du bord alvéolaire.

Le foramen infraorbital est chez les adultes à 34.3 mm. (chez les enfants 20.2 mm.) du milieu du bord alvéolaire libre de la canine et à 7 mm. du bord orbital (chez les enfants 5.2 mm.).

On injecte sous la conduite du troisième doigt de la main inoccupée. Les deux foramens palatins antérieurs en liaison avec le foramen incisivum forment un triangle à côtés égaux.

Le trou palatin antérieur est situé au-dessus et sur la médiane de la dernière molaire.

Le trou incisif est situé sur la verticale médiane que l'on peut mener sur la ligne de jonction du milieu des bords distaux des canines.

Dans le maxillaire inférieur entrent en ligne de compte pour l'anesthésie :

1° Le nerf alvéolaire inférieur ;

2° Le nerf buccinateur ;

3° Le nerf lingual.

Le trou mandibulaire est situé plus haut chez un individu d'âge moyen que chez les nouveau-nés et les vieillards, aussi faut-il en tenir compte en dirigeant l'aiguille. On injecte sous la direction de l'index de la main libre.

La conformation du lingula est soumise à des variations. La pointe est située en moyenne chez les adultes à 5 mm., chez les enfants à 1 mm. au-dessus d'une ligne normale convenue, sa base chez les adultes à 2 mm., chez les enfants à 5 mm. au-dessous (la ligne normale est une ligne de convention qui part des points de contact des incisives médianes en passant par le côté distal de la fissure longitudinale de la dernière molaire).

Entre les lignes obliques interne et externe se trouve la fossette rétromolaire.

Le trou mentonnier chez les nouveau-nés est plus médian que chez les adultes. Chez l'homme il est ouvert par derrière et en haut, tandis qu'il est ouvert par devant chez les mammifères. Les singes anthropomorphes semblent former le pont.

Dans un sens médian du trou mentonnier est située la fosse canine, au fond le trou sous-orbitaire, importante comme passage de nerfs et de vaisseaux.

L'anesthésie mandibulaire doit être employée dans tous les cas où elle offre des avantages à l'anesthésie des tissus muqueux, notamment dans l'extraction de plusieurs dents du même côté du maxillaire.

M. Wein Deszoe, de Budapest : *Le rôle de l'anesthésie régionale dans la Stomatologie.*

Après avoir établi les différences de principe entre l'anesthésie locale et régionale le conférencier pose le principe : le médecin-dentiste moderne peut exercer de médecine dentaire conservatrice pourvu qu'il ne cause pas de douleurs au malade et qu'il sache aussi travailler.

Description du procédé d'opération, que l'auteur exécute par l'emploi systématique de l'anesthésie régionale dans ce cas-là.

Elargissement de l'indication de l'extirpation de la pulpe à chaque pulpite aiguë et fondement de cet élargissement.

M. Euler, de Heidelberg : *Insuccès de l'anesthésie locale.*

Les échecs dans l'anesthésie locale tiennent :

1° A l'injection : des effets qu'on ne souhaitait point peuvent se présenter sous la forme de phénomènes généraux, qui doivent être ramenés à la toxicité de l'anesthétique, relativement à l'idiosyncrasie. Des excitations locales isolées peuvent aussi prendre naissance. Ainsi que l'anesthétique, les préparations d'adrénaline et de suprarénine peuvent aussi causer de leur fait des phénomènes généraux et locaux désagréables ; dans les préparations d'adrénaline et de suprarénine les phénomènes locaux se trouvent au premier plan ;

2° A l'état du patient : des dérangements durables dans l'état du patient peuvent contribuer à l'échec. Entrent comme tels en ligne de compte : chlorose, affections cardiaques, névroses, psychoses auxquelles on peut bien ramener les phénomènes érotiques. En outre des dérangements passagers sont fréquemment la cause d'insuccès (peur, excitation, douleurs, insomnie, etc.). A côté des transformations durables ou passagères dans l'état général il faut aussi comprendre les transformations locales (p. ex. la parulie) ;

3° A une infection quelconque par l'injection : une infection serait admissible par le canal de piqûre — abstraction faite que la solution ne soit pas stérile. Ce danger doit être considéré comme le moindre. L'essai de désinfection de l'orifice de piqûre est d'importance secondaire. En outre l'instrumentation (canules, piston, etc.) peut être la cause de l'infection ;

4° A des phénomènes accompagnateurs non souhaités dans la technique de l'injection : l'anesthésie de la mandibule doit être prise ici spécialement en considération : rupture de la canule ; phénomènes passagers tels que resserrement de la mâchoire, phénomènes de plus longue durée tels que anesthésie du domaine lingual qui peut persister pendant des semaines. Enfin il faut encore y comprendre les douleurs de déglutition.

M. Guido Fischer, de Greifswald : *Examen de la sensibilité de la pulpe avec l'aide du courant électrique, et démonstration d'un nouvel appareil.*

Par la construction d'un appareil électrique propre qui emprunte son courant à un accumulateur régulable, l'auteur croit pouvoir examiner la pulpe avec beaucoup plus de certitude que le courant inductif ne le permettait. On emploie le courant constant dont l'intensité, jusqu'aux plus fines ondes excitatrices, peut être mesurée à chaque instant sur un micromètre Ampère (Galvanomètre) fixé à l'appareil. En outre les sources d'erreurs qui se présentent souvent dans le courant inductif sont réduites à un minimum. A l'aide de son appareil, M. Fischer croit pouvoir établir pour la première fois,

d'une manière sûre et indiscutable, les états maladifs de la pulpe de l'homme.

M. Frohmann, de Charlottenbourg: *Les limites de l'anesthésie locale dans la médecine dentaire.*

L'auteur est un adversaire de la narcose générale dans les opérations de la médecine dentaire et fonde son point de vue comme il suit :

Les opérations dentaires peuvent au fond se dispenser de la narcose générale, puisque nous nous tirons d'affaire avec l'anesthésie locale, ces opérations doivent donc être exécutées sans narcose générale qui est toujours un danger pro vita, et enfin ce n'est pas à cause du danger de l'aspiration du sang, etc., dans les organes respiratoires inférieurs, de l'écoulement de vomissement dans le champ d'opération, que la narcose générale est propre à ces opérations.

Pour l'auteur la narcose générale dans les opérations ne semble devoir s'appliquer qu'aux cas suivants :

1° Lorsqu'il s'agit de défauts psychiques du patient, mais seulement de ceux qui excluent une influence autoritaire de l'opérateur (folie, établissements d'aliénés) et non pas dans des défauts tels que l'hy-térie et la neurasthénie où nous pouvons toujours persuader au patient l'opération avec anesthésie locale ;

2° Chez les enfants rebelles, qu'on ne pourrait pas autrement engager à l'opération (extraction); avec le consentement des parents (tuteur) et l'aide d'un collègue, ainsi que d'un personnel suffisant ;

3° Lorsqu'il s'agit d'une mâchoire resserrée, que l'opération nécessaire exige une ouverture de la bouche et que cette ouverture est accompagnée de grandes douleurs.

A cette question « pourquoi la narcose est-elle encore exécutée aujourd'hui si fréquemment dans la médecine dentaire ? » le conférencier cherche à répondre comme il suit :

a) Parce qu'elle est enseignée et recommandée comme ressource de l'extraction ;

b) Parce que le patient la désire ;

c) Parce qu'elle accorde à l'opérateur des avantages pécuniaires vis-à-vis de l'anesthésie locale.

M. Kehr, de Stettin : *Un cas d'intoxication par la novocaïne.*

Une dame d'environ 20 ans se fait extraire la première molaire gauche de la mâchoire inférieure, et l'on emploie l'anesthésie par la novocaïne-adrénaline. Des douleurs de caractère névralgique qui duraient depuis des années, ainsi que des symptômes de périodontite phlegmoneuse justifiaient l'opération. En outre les rayons Röntgen déterminent de l'excémentose assez considérable dans le tiers inférieur de la racine buccale.

Pour l'injection on emploie 1/2 cmcb d'une solution stérilisée deux jours auparavant novocaïne 0,5 0/0 + adrénaline (tallamine) g. M. 11 par cmcb. L'extraction est faite avec toutes les précautions et, bien que difficile, se passe complètement sans douleur. La molaire extraite confirme le diagnostic et — à en conclure par ce qui se produisit plus tard — est bien la raison principale des douleurs en question.

Environ trois quarts d'heure après l'injection on peut observer les symptômes d'un empoisonnement aigu par la cocaïne : maux de tête, tremblement et étourdissement sont signalés par le patient. Une pâleur surprenante du visage et plus tard une forte cyanose, une dilatation maxima des pupilles, un pouls battant très fort (jusqu'à 130) furent constatés, avec de plus violentes crampes respiratoires et perte de connaissance complète.

Durée de ces crises environ 3 h. 1/2 bien qu'on lutte avec tous les moyens : nitrite d'amyle, compresses chaudes, café fort, respiration artificielle, thermophore, la tête en bas et les extrémités hautes, etc.

Après un repos de deux heures, légère récidive avec les mêmes phénomènes et accès de crampe véritablement hystérique après 10 gouttes d'une solution de morphine à 1 0/0.

D'après une observation très exacte du cas, les symptômes d'empoisonnement par l'adrénaline peuvent être écartés avec certitude.

Dans le reste du liquide de l'injection examiné officiellement sur mon désir, ainsi que dans un petit tube de contrôle de même date et de la même solution, on ne put trouver que les particules correspondant à la prescription, mais absolument pas de cocaïne.

Mais l'empoisonnement s'est produit avec tous les symptômes d'un empoisonnement par la cocaïne, de sorte que par l'exclusion des symptômes que cause une intoxication par l'adrénaline on ne peut admettre qu'un empoisonnement aigu, assez grave par la novocaïne. Les complications hystériques, qui se montrent le soir dans une véritable crise de crampes hystériques d'une durée de dix minutes, peuvent bien avoir causé la gravité des phénomènes ; mais la crise de crampe n'a rien à voir avec le cas d'intoxication observé.

On ne peut qu'exhorter à la prudence dans l'emploi de la novocaïne, du fait de la rareté d'une intoxication par la novocaïne surtout avec une dose si minime. Les grands avantages de l'anesthésie locale par la novocaïne-adrénaline ne doivent subir aucun préjudice de ce fait, d'autant plus que dans la chirurgie mandibulaire j'ai obtenu de bons succès avec ce moyen.

M. C. Röse, de Dresde : *Les avantages de la narcose par le bromure d'éthyle pour les opérations dentaires :*

1° Malgré tous les progrès de l'anesthésie locale, assez souvent on ne peut pas se passer de la narcose générale dans la salle d'opération ;

2° A cause de leur danger ou de leurs effets postérieurs nuisibles on ne peut guère employer qu'exceptionnellement les narcoses par le chloroforme et par l'éther; les narcoses par le chlorure d'éthyle et par le protoxyde d'azote ne suffisent pas pour les opérations de longue durée ;

3° Le bromure d'éthyle est généralement le narcotique qui convient le mieux au dentiste ;

4° Le bromure d'éthyle est un des narcotiques les moins dangereux. Avant tout il n'exerce aucune influence nuisible sur le cœur et peut même être employé sans aucune crainte pour les personnes souffrantes du cœur ;

5° La narcose par le bromure d'éthyle peut être employée sans que le malade soit à jeun. Il est très rare qu'il en résulte des vomissements ou quelque malaise ;

6° La narcose par le bromure d'éthyle suffit même pour les plus longues opérations dentaires. On a déjà extrait jusqu'à 41 dents et racines pendant une seule narcose ;

7° On doit constater que le bromure d'éthyle ne déploie ses avantages que dans les mains d'un anesthésiste exercé, qui dispose d'un fauteuil d'opération particulièrement aménagé et d'un aide exercé.

CONGRÈS DE TOULOUSE

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

Section d'Odontologie.

Une réunion préparatoire au Congrès de Toulouse a eu lieu mercredi 11 courant, chez M. le Dr Roy, président de la section. Les différents groupements professionnels étaient représentés à cette réunion au début de laquelle M. Roy exposa les démarches préliminaires qu'il avait effectuées et annonça qu'il se rendrait à Toulouse le 21 courant pour la constitution du Comité local.

Au cours de cette réunion, il fut décidé la constitution du Comité d'organisation du Congrès qui se trouva composé des anciens présidents de la section, et des bureaux de l'A. G. S. D. F., de l'Ecole dentaire de Paris, de l'Ecole odontotechnique, de l'Ecole dentaire de Lyon, de la Société odontologique de France, de la Société d'Odontologie de Paris, de la Société odontologique de Lyon, de la Société de chirurgie dentaire ainsi que des directeurs des journaux adhérents à notre grande manifestation professionnelle.

Au bureau nommé à Lille et formé de MM. M. Roy, président, Durand (de Lyon) et H. Lee (de Reims), vice-présidents et au secrétaire général, M. Pailliottin, le Comité décida d'adjoindre trois secrétaires pris dans le Comité local et différents groupements; il décida également que le président du Comité local serait, suivant l'usage vice-président du Congrès.

Il fut décidé que les questions suivantes seraient mises à l'ordre du jour de la section et feraient l'objet de rapports :

1° *Avantages et inconvénients des bridges en rapport avec leur construction;*

2° *Du rôle du dentiste dans l'hygiène scolaire :* M. Fourquet a accepté de présenter ce rapport;

3° *La denture préhistorique,* traité par M. le Dr Siffre, dans une séance commune avec la section d'anthropologie.

Les membres présents se sont également occupés de la coïncidence qui existe entre les dates choisies pour le Congrès de l'Afas et pour le Congrès de l'hygiène scolaire. Des mesures ont été préconisées pour que ces deux réunions ne se contrarient pas. Ils ont également émis le désir que, s'il y avait possibilité, le rapport de M. Fourquet fût lu dans une séance commune avec la section d'hygiène et médecine publique. De plus, ils ont pensé également à indiquer dès maintenant au président de la session prochaine, qu'il y aurait intérêt à ce que la section d'odontologie se mît en rapport avec la section d'électricité médicale.

Cette première réunion du Comité d'organisation a fixé ainsi les grandes lignes du programme : d'autres réunions auront lieu qui permettront de fixer les points de détail.

Le secrétaire général de la section,
J. PAILLIOTTIN.

ERRATA. — Par suite d'une erreur typographique le nom de M. H. Lee (de Reims) qui, avec M. Durand (de Lyon), a été nommé à Lille vice-président du Congrès de Toulouse s'est trouvé omis, il convient donc de rétablir la composition du bureau telle qu'elle est indiquée dans le compte rendu ci-dessus.

3e CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE SCOLAIRE

Paris, 2-7 août 1910.

Nous rappelons à nos confrères que le 3e Congrès international d'hygiène scolaire aura lieu à Paris du 2 au 7 août 1910 et qu'il comprendra une *sous-section d'hygiène de la bouche et des dents dans les écoles* avec deux vice-présidents : un dentiste et un stomatologiste.

A la suite de démarches faites par la F. D. N., le Comité d'organisation a consenti à faire une place à trois dentistes désignés par elle : MM. Francis Jean, Pont et Siffre.

Il convient de remarquer que ce Congrès est ouvert à quiconque, médecin ou non, s'intéresse à l'hygiène scolaire : fonctionnaires, professeurs, instituteurs, maires, conseillers municipaux, écrivains, simples particuliers.

Les dentistes s'occupent au premier chef d'hygiène buccale et dentaire et naturellement d'hygiène dentaire infantile, et c'est précisément lorsqu'ils traitent des enfants que leurs conseils sont salutaires et que leur intervention devient efficace. Il est donc tout indiqué que les dentistes participent aux travaux du Congrès, d'autant qu'il peut y être formulé des vœux et pris des résolutions qui seront adressés aux pouvoirs publics des divers pays et qui auront certainement quelque influence sur leurs décisions en matière d'hygiène scolaire.

En ce qui concerne la France particulièrement, où l'hygiène dentaire scolaire est en voie d'organisation, il importe tout spécialement que les dentistes puissent faire entendre leur voix au ministre de l'Instruction publique, et le 3e Congrès d'hygiène scolaire, avec sa sous-section des dents, est un excellent porte-paroles, un intermédiaire autorisé.

Nous invitons donc nos confrères à adhérer en grand nombre à ce Congrès, qui, se tenant à Paris, au commencement du mois d'août, c'est-à-dire tout à fait au début des vacances, ne saurait entraver leurs projets de repos, de villégiature ou de voyage.

D'intéressants rapports, dont on trouvera la liste ci-dessous, y seront présentés par des confrères français et étrangers, parmi lesquels M. le Prof. Jessen, de Strasbourg, président de la Commission d'hygiène de la F. D. I., qui fera une communication sur la nécessité de l'introduction de l'hygiène dentaire dans les écoles, accompagnée de nombreuses projections.

Pour tous renseignements et pour les adhésions, s'adresser à M. le Dr Dufestel, 10, boulevard Magenta, Paris. Le montant de la cotisation est de 25 francs.

Le Président de la F. D. N.
FRANCIS JEAN.

IIIe Sous-Section.

Hygiène de la bouche et des dents dans les Ecoles.

Vice-Présidents.... M. Cruet, dentiste des hôpitaux de Paris.
M. Godon, directeur de l'Ecole dentaire de Paris.

Secrétaires........ M. Bozo.
M. G. Villain, professeur suppléant à l'Ecole dentaire de Paris.

Rapports :

I. L'hygiène de la bouche dans les Internats.

Rapporteurs :

France. — M. H. Dreyfus, secrétaire général de la Société d'Odontologie de Paris.

Autriche. — M. Wilhelm Wallisch, Privatdozent à l'Université de Vienne (Autriche).

II. De l'importance de l'hygiène buccale et dentaire pour la préservation de la santé générale des enfants et des adolescents.

Rapporteurs :

France. — M. Cruet, dentiste des hôpitaux de Paris.

Belgique. — M. Allayes, Anvers.

III. De l'inspection semestrielle et du traitement des dents des enfants des Ecoles.

Rapporteurs :

France. — M. Roy, dentiste des hôpitaux, professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

Allemagne. — M. Jessen, professeur à l'Université de Strasbourg.

Rappelons que l'Ecole dentaire de Paris, l'A. G. S. D. F. et la Société d'Odontologie de Paris seront représentées à ce Congrès chacune par cinq délégués.

BIBLIOGRAPHIE

M. Claude Martin de Lyon.

Nous avons reçu la brochure commémorative de la manifestation de sympathie organisée en l'honneur de notre distingué confrère, M. Claude Martin, de Lyon, par ses amis et ses admirateurs. Cette brochure, tirée sur beau papier à 350 exemplaires remis aux souscripteurs, contient un portrait de M. Claude Martin, la reproduction de la médaille qui lui a été offerte, ses titres, la liste de ses travaux, l'article biographique que nous avons publié dans notre numéro du 15 janvier dernier, enfin la liste des souscripteurs.

Terminologia dentaria.

M. Angelo Chiavaro, professeur d'odontologie et de prothèse dentaire à l'Université de Rome, vient de publier un essai de terminologie dentaire divisé en 25 chapitres, dans lequel il propose un certain nombre de définitions et de termes rationnels.

Il y a lieu de féliciter l'auteur de son travail.

Nouveaux journaux.

Nous avons reçu le premier numéro de *La Odontologia Colombiana*, revue mensuelle publiée à Bogota (Colombie).

Nous avons reçu également le premier numéro de *La Odontologia Argentina*, revue mensuelle publiée à Buenos Ayres, dont les principaux collaborateurs comptent quelques noms qui nous sont bien connus.

On annonce la publication de la *Revista dentaria brazileira* à Rio de Janeiro.

Cette revue, consacrée aux intérêts généraux de la profession, a pour rédacteur en chef M. H. C. Carpenter et pour gérant M. Hermanny Filho.

Nous souhaitons bonne chance à nos nouveaux confrères.

Livres reçus.

Nous avons reçu de M. Otto Zsigmondy, de Vienne (Autriche) une brochure de 20 pages intitulée « Les principes de la structure maxillaire de l'arcade dentaire par rapport à l'odontorthopédie ».

Nous avons reçu de M. Argemiro Pinto, membre correspondant de l'Institut brésilien d'odontologie, une brochure intitulée « Quelques mots sur la création de la Fédération odontologique brésilienne avec siège à Rio de Janeiro ».

NÉCROLOGIE

Eugène Lefèvre.

Nous avons le regret d'apprendre la mort, à l'âge de 44 ans, de notre confrère M. Eugène Lefèvre, de Parthenay, membre de l'A. G. S. D. F., survenue le 18 avril.

Nous adressons à sa veuve et à sa famille nos bien sincères condoléances.

* * *

On annonce la mort soudaine de M. Estieu, beau-père de notre confrère M. Geo. Roussel, délégué de la section française à l'exposition de Bruxelles.

Nous adressons nos condoléances à M. Roussel et à sa famille.

NOUVELLES

Session d'examens de chirurgien-dentiste.

Une session d'examens pour le diplôme de chirurgien-dentiste s'ouvrira à la Faculté de médecine de l'Université de Paris, le 4 juillet 1910.

I. *Pièces à produire.* — Les candidats produiront les pièces suivantes : un extrait authentique de leur acte de naissance, et, s'il y a lieu, une traduction également authentique de cette pièce ; un extrait de leur casier judiciaire ; soit un diplôme de bachelier, soit le certificat d'études prévu par le décret du 30 juillet 1886, modifié par le décret du 25 juillet 1893, soit le certificat d'études primaires supérieures ; un certificat constatant qu'ils ont accompli, dans l'une des Ecoles dentaires, des études complètes et régulières. A ce certificat sera joint un extrait des registres de l'Ecole indiquant les dates d'entrée, d'inscriptions, etc. ; un certificat individuel, délivré par M. le Directeur des travaux scientifiques de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, certificat justifiant du travail de l'élève et de son assiduité aux travaux pratiques de dissection.

II. *Consignations.* — Les consignations seront reçues au secrétariat de la Faculté de médecine de l'Université de Paris les vendredi 24, samedi 25 et lundi 27 juin 1910.

Les candidats consigneront les droits d'examen, de certificat d'aptitude et de diplôme fixés par les décrets des 14 février 1894 et 26 février 1907 (40 francs pour le 1er examen, 30 francs pour les 2e et 3e examens, 20 francs pour chaque certificat d'aptitude et 100 francs pour le diplôme).

Il sera fait remboursement, aux candidats ajournés, des droits de certificat et de diplôme, selon les cas.

Les examens auront lieu à partir du 4 juillet 1910.

École dentaire à Utrecht.

Une école dentaire est en construction à Utrecht (Hollande) ; elle est sur le point d'être achevée. Elle pourra contenir 150 élèves et sera pourvue de tout ce qui est nécessaire pour donner un enseignement dentaire complet.

Société dentaire de Francfort-sur-le-Main.

La Société dentaire de Francfort-sur-le-Main a célébré les 9 et 10 avril sa 47e fête annuelle. Le programme comprenait le 8 au soir une réception de bienvenue, le 9 au matin une première séance de communications orales et de démonstrations, ainsi qu'une seconde l'après-midi, un déjeuner à 1 heure et un banquet à 7 heures, le 10 avril une troisième séance de communications et de démonstrations avec un déjeuner à 2 h. 1/2.

Les réunions scientifiques ont eu lieu à l'Institut dentaire Carolinum.

Congrès dentaire brésilien

Un Congrès national dentaire aura lieu à Rio-de-Janeiro en 1911.

Le Comité d'organisation est composé de MM. R. Chapot-Prévost président ; H. Carpenter, M. Milanez dos Santos, Marcondes do Amaral et Severino da Silva.

Mariage.

Nous avons le plaisir d'apprendre le mariage de notre confrère M. Gaston Rousseaux, de Dunkerque, avec Mlle Léonie Vanparys.

Nos félicitations aux nouveaux époux.

Exemples à suivre.

M. Thomas E. Forsyth, le milliardaire bien connu de Boston, vient d'annoncer qu'il donne deux millions de dollars dont les intérêts seront destinés « à la conservation des dents des élèves des deux sexes dans les écoles publiques ».

D'après les conditions posées par le généreux donateur, tous les enfants de Boston, à partir de leur naissance jusqu'à l'âge de seize ans, seront soignés gratuitement par des dentistes, ce qui leur assu-

rera une denture parfaite. Un institut dentaire modèle sera fondé sur le fonds Forsyth et les meilleurs praticiens de Boston y seront engagés pour soigner gratis les dents de la jeunesse bostonienne.

*
* *

Le Royal Dental Hospital de Londres (Leicester Square) a reçu une donation de 1250 francs des exécuteurs testamentaires de feue Lady Campbell Clarke.

Institut dentaire de perfectionnement de Berlin.

En avril s'est ouvert, à Berlin, Bülowstrase 22, un Institut dentaire de perfectionnement pour chirurgiens-dentistes diplômés en Allemagne et à l'Etranger.

L'enseignement y est donné par MM. Konrad Cohn, Dieck, Guttmann, Hahl, H. J. Mamlok, Wilh. Sachs, Erich Schmidt, Schröder, Williger, Willmer.

Le nouvel Institut comprend 12 salles. Il s'appliquera à donner l'instruction à tous les élèves, et à développer leurs connaissances tant au point de vue scientifique que pratique. Les étudiants seront à même de se familiariser avec les nouvelles méthodes de traitement et les découvertes de la chirurgie dentaire, de la dentisterie opératoire et de la prothèse. Un laboratoire Röntgen est mis à leur disposition pour les exercer dans le diagnostic radiographique. Enfin ils pourront donner personnellement leurs soins aux malades.

Une clinique est jointe à l'Institut, de sorte que celui-ci disposera toujours du nombre de malades nécessaires à l'enseignement.

Pour tous renseignements s'adresser à M. Erich Schmidt, Berlin, Potsdamer Strasse 133.

Services dentaires scolaires.

Jusqu'à présent, 34 villes d'Allemagne ont créé des services dentaires scolaires; dans ce nombre 22 possèdent des cliniques dentaires scolaires. La dépense s'élève en moyenne à 1 fr. 25 par enfant.

Subvention au Comité central allemand d'hygiène dentaire.

Sur la proposition de M. Weyl, le Conseil municipal de Berlin a porté de 10.000 à 15.000 marks la subvention allouée au Comité central allemand d'hygiène dentaire scolaire.

Ecole dentaire de Zurich.

L'École dentaire de l'Université de Zurich va être agrandie ; le Grand Conseil cantonal négocie en ce moment l'achat d'une maison voisine pour y ériger une construction nouvelle, dans laquelle sera installée l'École.

Canton de Fribourg.

Le Conseil d'Etat du canton de Fribourg (Suisse) a promulgué, dans sa séance du 26 mars dernier, un décret modifiant les conditions d'admission à l'examen cantonal de chirurgien-dentiste, en ce sens qu'il exige des connaissances générales et des connaissances spéciales plus étendues.

Congrès dentaire australien.

Nous trouvons dans un journal de la Nouvelle Zélande des détails sur le 2e Congrès dentaire australien, qui s'est tenu à Melbourne les 25 et 26 octobre 1909.

Commencé par une réception à l'Hôtel de Ville, une séance d'ouverture par le Gouverneur général, à l'Université, il s'est terminé par un banquet.

De nombreuses communications y ont été lues et des démonstrations pratiques y ont été faites à l'École dentaire australienne, qui est de construction récente. Une exposition de fournitures a eu lieu au Protestant Alliance Hall.

On comptait plus de trois cents dentistes venus de toutes les parties de l'Australie et trois venus de la Nouvelle Zélande.

A la séance de clôture fut votée une résolution exprimant la satisfaction de la profession que le Gouvernement de la Grande Bretagne ait retiré son projet de loi interdisant aux dentistes l'administration des anesthésiques et invitant la Chambre des députés d'Australie à résister à toute tentative de dépouiller les dentistes de ce privilège.

Le 3e Congrès a été fixé à Brisbane ; il aura lieu en 1912.

Nouvelle loi allemande sur les assurances.

Un nouveau projet de loi sur les assurances, soumis en ce moment au Parlement de l'Empire allemand, oblige les caisses d'assurances contre la maladie et les accidents et les caisses de secours mutuels à faire donner des soins dentaires à leurs membres par des chirurgiens-dentistes approuvés *(zahnärzte)* à l'exclusion des simples dentistes *(dentisten)* dans les localités où il existe des chirurgiens-dentistes.

Or, on compte en Allemagne 22.000 caisses d'assurances ou de secours, dont l'action s'étend sur 30.000 communes, et seulement 2.900 chirurgiens-dentistes, tandis qu'il y a 31.640 médecins. Sur ces 2.900 chirurgiens-dentistes, 1.490 (c'est-à-dire plus de la moitié) habitent 23 grandes villes, l'autre moitié dans des villes moins importantes, tandis que 584 villes de plus de 5.000 habitants n'en comptent pas un seul.

1.200 caisses de secours ont donc adressé des pétitions au Parlement pour demander que les *dentistes* continuent comme par le passé de traiter leurs membres.

L'anesthésie et les dentistes en Angleterre.

Le Gouvernement anglais présenta à la Chambre des communes en juin 1909 un projet de loi enlevant aux chirurgiens-dentistes diplômés l'administration des anesthésiques.

Le collège royal des chirurgiens chargea une Commission d'examiner ce projet. Cette Commission a présenté le 10 février dernier son rapport au Conseil. Dans ce rapport la Commission déclare avoir pris en considération les conclusions du Conseil général de médecine relatives à ce projet, et recommande au collège royal de les approuver, à l'exception de celles qui sont relatives à l'administration des anesthésiques par des chirurgiens-dentistes diplômés. La Commission estime qu'il n'est souvent pas possible d'obtenir les services d'un médecin anesthésiste expérimenté et pourvu de l'instrumentation nécessaire ; qu il n'est donc avantageux ni pour le public ni pour la profession médicale que les chirurgiens-dentistes soient privés du droit d'administrer le protoxyde d'azote et les autres anesthésiques spécifiés dans le projet comme pouvant être employés par eux pour des opérations pratiquées par des médecins.

Le collège royal a approuvé le rapport et en a informé le président du conseil privé.

Le Gouvernement a donc retiré son projet en ce qui concerne les dentistes.

National Dental Association.

La 14[e] session annuelle de la *National Dental Association* américaine aura lieu les 19, 20, 21 et 22 juillet à Denver (Colorado, Etats-Unis).

Central Verein Deutscher Zahnärzte.

La 49[e] assemblée annuelle du *Central Verein Deutscher Zahnärzte* a eu lieu à Würzbourg du 5 au 8 mai. Le programme scientifique ne comprenait pas moins de 49 communications.

Ecole dentaire à Constantinople.

On annonce la fondation d'une école dentaire à Constantinople, sous la dépendance de la Faculté de médecine.

On annonce également la fondation d'une Société d'Odontologie.

Association générale syndicale des dentistes de France.

Le Conseil d'administration de l'A. G. S. D. F. se réunira le samedi 26 mai, à 8 h. 1/2 du soir, au siège social, 45, rue de La Tour-d'Auvergne.

Séance de démonstrations pratiques.

Une séance de démonstrations pratiques, organisée par la Société d'Odontologie de Paris, aura lieu le dimanche matin 29 mai à l'Ecole dentaire de Paris.

Ecole dentaire de Paris.

Après concours et par décision du Conseil d'administration du 10 mai M. Machtou a été nommé professeur suppléant de dentisterie opératoire et M. H. Villain, professeur suppléant de bridges et couronnes.

*
* *

Le concours pour deux postes de professeur suppléant de dentisterie opératoire spécialement attachés aux démonstrations pratiques est fixé au samedi 25 juin 1910.

Errata.

Une erreur de composition nous a fait dire dans notre numéro du 15 avril, p. 351, que la collection offerte par M. Guérini est *renfermée dans une vitrine en bois sculpté par lui-même*; il faut lire : « *est renfermée dans une vitrine en bois* A ÉTÉ PRÉPARÉE *par lui-même* ».

Dans le n° du 30 avril, p. 410, il y a lieu de lire que M. Letierce a été nommé OFFICIER du Nicham Iftikhar et non *chevalier*.

Inspection dentaire scolaire.

M. et Mme Jouard-Rogers viennent d'être chargés par décision du Conseil municipal de Saint-Cloud de l'organisation d'un service d'inspection dentaire dans les écoles de cette localité.

M. Rat, de Poitiers, vient d'être nommé chirurgien-dentiste du Lycée de Poitiers et dentiste-adjoint de l'hôpital de Poitiers à la suite du décès de M. Bourrat.

Nomination.

M. Guillermin, de Genève, vient d'être nommé rédacteur en chef de la Partie Française de la *Revue trimestrielle suisse d'Odontologie* par suite du décès de M. Redard.

ASSOCIATION GÉNÉRALE SYNDICALE DES DENTISTES DE FRANCE

COMMISSION SYNDICALE

La Commission syndicale est chargée :

1° De préparer la défense des intérêts professionnels des membres de l'Association devant les tribunaux ;

2° De servir d'arbitre volontaire entre les diplômés, les patentés et leurs employés ; entre les dentistes et leurs clients ;

3° De faciliter la recherche des emplois et des employés.

Ces services sont spécialement réservés aux membres de l'Association. Toutefois, dans le but de faciliter les recherches, nous nous intéresserons avec le plus grand soin et à titre gracieux aux demandes et offres d'emploi qui nous seront présentées.

Afin d'éviter des retards dans l'expédition des affaires, prière de bien adresser,

A Monsieur le Président de la Commission Syndicale,

45, rue de La Tour-d'Auvergne, Paris,

Toutes les missives ayant trait aux paragraphes 1 et 2 (affaires judiciaires).

A Monsieur le Secrétaire de la Commission Syndicale,

45, rue de La Tour-d'Auvergne, Paris,

Les offres et demandes d'emploi.

On peut aussi s'inscrire dans ce but directement au siège social (service de la Commission syndicale).

Le Secrétaire de la Commission syndicale,
L. BRUSCHERA.

30e ANNÉE. N° 10 30 MAI 1910 VOL. XLIII

L'ODONTOLOGIE

L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

TRAVAUX ORIGINAUX

UNE FORME PARTICULIÈRE DE NÉCROSE DU MAXILLAIRE. LA NÉCROSE EN MASSE

Par MAURICE ROY,
Dentiste des hôpitaux, Professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

(Communication à la Société d'Odontologie de Paris et à l'Association générale des dentistes de Belgique.)

Sous l'influence d'ostéites qui sont presque toujours, sinon toujours, dues à des infections d'origine dentaire, la nécrose du maxillaire peut se produire de façon très diverse suivant les cas ; c'est ainsi que, dans un travail précédent, paru le 15 novembre 1906 dans *L'Odontologie*, j'ai indiqué quelques-unes de ces modalités en publiant trois observations de nécrose grave répondant à trois types tout à fait différents d'évolution.

Aujourd'hui je voudrais vous présenter trois observations d'un même type de nécrose particulièrement grave et rapide, la nécrose en masse d'une portion étendue de l'os. Dans ces trois cas vous remarquerez le volume de la portion nécrosée et la rapidité avec laquelle l'os s'est trouvé frappé ; ce sont là des faits qui relèvent évidemment de causes identiques et qui pourront aider à l'étude des ostéites des maxillaires.

Je vais d'abord, si vous le voulez bien, vous donner lecture de ces trois observations et je vous ferai part ensuite des remarques que l'ensemble de ces faits me paraît comporter.

OBSERVATION I.

M. V., 26 ans, se présenta à la clinique de l'Ecole dentaire le 11 septembre 1900, se plaignant d'une suppuration très abondante du côté

gauche de la mâchoire inférieure, suppuration qui s'était produite dans les circonstances suivantes : trois semaines auparavant, il avait souffert violemment d'une dent inférieure du côté gauche, perdant tout appétit et tout sommeil. Huit jours après, il vit son médecin, qui constata sans doute un gonflement alvéolaire, puisqu'il lui donna, dit le malade, un coup de bistouri dans le sillon vestibulaire. Malgré cette intervention, aucun soulagement n'étant obtenu, il alla voir un dentiste qui lui enleva la deuxième prémolaire inférieure gauche, qui présentait une carie du 4e degré, ainsi que nous avons pu le constater sur cette dent que le malade nous a présentée lors de sa visite. Le surlendemain, il s'enleva lui-même, tellement elle était mobile, la première prémolaire non cariée, le surlendemain encore la canine également non cariée, puis les deux incisives gauches et enfin l'incisive centrale droite. A partir de ce moment une suppuration intense se produisit et c'est pour cela qu'il venait nous consulter. M. Blatter, qui le vit le premier, constata que du pus sortait en abondance des alvéoles des dents enlevées et que les deux molaires restantes de ce côté, bien qu'exemptes de carie, étaient très mobiles ; il les enleva et conseilla de grands lavages antiseptiques.

Huit jours après, je vis le malade : la suppuration avait diminué, mais persistait toujours et l'on sentait dans la moitié gauche du maxillaire l'os dénudé, mais il n'y avait pas encore de mobilisation de séquestre. Je nettoyai la plaie le plus complètement possible et prescrivis d'attendre la mobilisation du séquestre en faisant des lavages antiseptiques fréquents, une intervention immédiate ne s'imposant pas en raison de l'amélioration survenue dans son état depuis la dernière visite.

Huit jours après, en l'examinant, M. Blatter trouva un séquestre mobile qu'il enleva sans difficulté et que je vous présente (fig. 1). Ce séquestre, comme vous le voyez, a près de cinq centimètres de long et comprend, sur cette longueur, le maxillaire inférieur dans sa quasi-totalité, de la première grosse molaire gauche à la canine du même côté ; il atteint même la totalité de l'os au niveau de la deuxième prémolaire où l'on voit le bord inférieur du maxillaire.

Il résultait de ce fait une grosse solution de continuité dans le maxil-

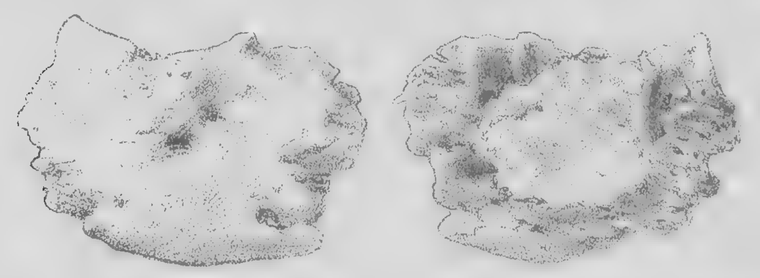


Fig. 1. — Séquestre grandeur naturelle : A, face antérieure. B, face postérieure.

laire inférieur et nous pûmes, M. Blatter et moi, constater une mobilité manifeste des deux segments de la mâchoire. Je me contentai de laver et de nettoyer le mieux possible la gouttière périostique sans faire

de curettage violent de la plaie, afin de respecter le périoste osseux qui avait en quelque sorte énucléé cette portion d'os et qui, je l'espérais, produirait de l'os nouveau qui viendrait réparer, dans une certaine mesure, la perte de substance ainsi produite. Je conseillai au malade une alimentation exclusivement liquide et d'éviter tout mouvement brusque du maxillaire.

De fait, huit jours après, la suppuration avait totalement disparu et la mobilité avait déjà diminué. Un mois après on sentait très nettement que la continuité du bord inférieur du maxillaire était rétablie, le malade se servait de sa mâchoire sans difficulté et celle-ci ne présentait aucun déplacement ni déformation.

Je viens de revoir ce malade six ans après ces accidents. Son maxil-

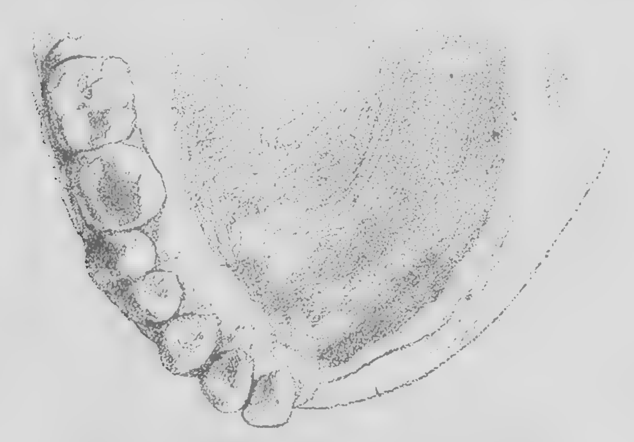


Fig. 2. — Etat de la bouche six ans après.

laire inférieur est dans un état parfait et ne présente pas de trace de la grosse perte de substance qu'il a subie, ainsi qu'en témoigne le moulage que je viens de prendre de sa bouche (fig. 2). Sauf l'absence des dents on ne remarque rien d'anormal sur sa crête alvéolaire et aucune modification dans la courbure de l'os. A la palpation on sent un os absolument normal comme forme et comme volume; seul un petit cal, perceptible sous le bord inférieur de l'os au niveau du point où il était totalement détruit, témoigne de la réparation qui s'est opérée.

Observation II.

M. C., 37 ans, cocher de fiacre. *Antécédents*. Scarlatine à 9 ans, blennorragie à 18 ans. Il y a 18 mois syphilis : chancre, roséole, plaques muqueuses, le malade présente encore des syphilides à la face et sur le crâne. Il y a trois ans il s'est fait enlever la canine supérieure droite qui avait provoqué une fluxion énorme.

Histoire de la maladie. Il y a deux mois le malade eut une grosse fluxion en haut à droite, toutes ses dents remuaient, il se fait enlever l'incisive centrale supérieure droite, la latérale, les deux prémolaires et la 1re grosse molaire du même côté, qui n'étaient pas cariées, dit-il.

L'enflure disparut, mais une suppuration abondante se produisit et c'est pour cela qu'il vint nous consulter.

Etat actuel. Le malade n'a plus aucune dent au maxillaire supérieur droit qui est assez fortement tuméfié avec un peu de gonflement de la face. La muqueuse de ce côté est très enflammée, les bords gingivaux sont décollés et une suppuration abondante se fait jour entre eux. Toutes les dents à la mâchoire supérieure gauche sont en place ; les 1re, 2e, 3e et 4e sont abrasées. Il a toutes ses dents inférieures, et elles sont, comme celles du haut, dans un état de saleté extrême. Les dents enlevées, notamment les dents antérieures, devaient présenter une forte abrasion et c'est probablement à une mortification pulpaire de cette origine que le malade doit les accidents dentaires qu'il a présentés. En explorant le bord alvéolaire entre les lèvres gingivales décollées, on sent l'os dénudé, sur une grande étendue, mais aucun séquestre mobile. Je débride la gencive au thermo-cautère, lave la plaie abondamment et la déterge au chlorure de zinc au 1/10.

Huit jours après, je revois le malade, il se trouve très soulagé, la suppuration a très notablement diminué, mais n'a pas disparu, on sent toujours l'os dénudé, mais pas de séquestre mobile.

Deux semaines plus tard, le malade revient me voir et je constate alors la présence d'un séquestre volumineux, mobile dans la profondeur. Je débride largement les parties molles et, avec un davier, je retire un volumineux séquestre comprenant à peu près la moitié antérieure du maxillaire supérieur droit. Bien que ce séquestre comprenne une portion importante du plancher de la fosse nasale droite, aucune hémorragie ne se produit de ce côté, alors que, du côté de la bouche, il s'en produit une assez forte. La plaie est soigneusement nettoyée et détergée au chlorure de zinc au 1/10.

Cinq semaines après, le 28 juin, je revois le malade, la guérison s'est effectuée d'une façon parfaite, sauf une petite fluxion due sans doute à une petite infection secondaire de la muqueuse. Les liquides de lavages n'ont jamais passé par le nez et aujourd'hui la cicatrisation est parfaite. Malgré la grosse portion osseuse perdue, la déformation est peu marquée et il n'y a aucune communication avec les fosses nasales.

Observation III.

M. B., 30 ans, mécanicien. Le malade se présente à la clinique le 2 octobre pour de violentes douleurs du côté droit de la mâchoire inférieure. A l'examen la 1re grosse molaire manque, enlevée il y a 10 ans ; la 2e grosse molaire est atteinte de 4e degré ; la dent de sagesse est saine, ainsi que les autres dents de ce côté. Bien que la 2e molaire ne soit pas sensible à la percussion, M. Miégeville, sur la demande du malade, procède à son extraction. L'opération fut faite avec anesthésie à la cocaïne et précédée du dégagement du bord interne de la dent au thermocautère. Cette opération fut très laborieuse, la dent étant en très mauvais état et les racines non séparées ; enfin la racine postérieure fut enlevée entièrement, mais un petit fragment de la racine antérieure ne put être extrait.

En raison de la douleur ressentie par le malade, l'opération fut ar-

rêtée et M. Miégeville recommanda au malade des lavages avec une solution de chloral phéniqué alternés avec des lavages à l'eau oxygénée.

Le 6 octobre, M. Miégeville revoit le malade qui se plaint de douleurs très vives, il a de l'œdème de la partie inférieure de la face et un peu de trismus, il n'a pas cessé de souffrir depuis l'extraction et, la nuit précédente, a eu une forte hémorragie, un médecin qu'il a consulté lui a prescrit des cachets antinévralgiques.

Le 10 octobre, suppuration abondante au niveau de la dent extraite ainsi qu'au niveau de la dent de sagesse, qui, très mobile, est extraite.

Le 26 octobre, l'état du malade, malgré les lavages, ne s'améliorant pas, il est amené dans le service de stomatologie. La partie inférieure droite de la face est œdématiée et la région sous-maxillaire de ce même côté, ainsi que la région sus-hyoïdienne médiane, présente une grosse tuméfaction dure presque ligneuse ; il y a du trismus, toute la région est douloureuse. Dans la bouche, les bords gingivaux sont décollés de la 2e prémolaire à la dent de sagesse et la suppuration abondante au niveau de la 6e ; le plancher de la bouche est surélevé, tuméfié, dur; le stylet permet de sentir les bords de l'os dénudés et en voie de nécrose. Le malade a de la fièvre, ne peut dormir et est très gêné dans son alimentation.

Au point de vue général, le malade n'a jamais fait de maladie grave jusqu'à 20 ans ; à cette époque il aurait été traité pour une tuberculose au début qui s'améliora; il s'engagea dans l'artillerie, mais fut réformé six semaines après. Depuis cette époque il s'est bien porté, sauf quelques rhumes.

Je porte le diagnostic d'ostéite étendue du maxillaire inférieur dans toute la hauteur de l'os avec formation probable d'un volumineux séquestre, dont je décide d'attendre la mobilisation ; toutefois je fais immédiatement un large débridement au thermo-cautère du plancher de la bouche, de la dent de sagesse à la 2e prémolaire, débridement que je complète avec le doigt qui explore ainsi l'os jusqu'à son bord inférieur, l'os est dénudé et en voie de nécrose. On fait journellement de grands lavages de toute la plaie, l'état général et local du malade s'améliore notablement.

Le 9 novembre la tuméfaction sous-maxillaire a augmenté depuis quelques jours, et la veille, M. Miégeville qui le soigne a dû inciser une collection purulente abondante dans la région sous-maxillaire où se trouve maintenant une fistule.

Du côté de la bouche, le plancher est beaucoup moins tuméfié ; mais la tuméfaction du côté gingival externe a augmenté. En explorant la plaie on sent une portion d'os nécrosé assez étendue et présentant un peu de mobilité.

Le malade est alors chloroformé et, après un large débridement, je lui enlève un volumineux séquestre formé surtout aux dépens de la face externe de l'os, mais comprenant celui-ci dans toute son épaisseur au niveau de la 2e molaire et s'étendant de la dent de sagesse à la 2e prémolaire. Un second séquestre antérieur plus petit me force à sacrifier la 2e prémolaire. La plaie est nettoyée à l'aide de tampons sans curettage.

A partir de l'opération, le malade a été immédiatement très bien, la

suppuration a complètement disparu et la fistule sous-maxillaire s'est immédiatement fermée.

Le 16 novembre, le malade ne souffre plus, est en très bon état.

Du côté de la bouche il n'y a plus de suppuration, la cicatrisation est en très bonne voie.

Le 30 novembre, la cicatrisation est complète.

Dans ces trois observations nous remarquons, dès le début de l'affection, l'intensité des phénomènes inflammatoires et la rapidité d'évolution de la nécrose. Il ne s'agit pas en effet de ces ostéites à évolution lente avec suppuration prolongée pendant des mois, entraînant une nécrose progressive de l'os.

Tout au contraire, l'affection éclate avec une soudaineté remarquable et dès le début, en quelques heures, en quelques jours tout au plus, toute une portion du maxillaire est frappée de mort ; tous les phénomènes consécutifs sont dus au processus de séparation de la partie nécrosée d'avec les parties saines de l'os.

Nous constatons aussi des phénomènes généraux assez intenses et en rapport avec la virulence de l'infection présentée par ces trois malades.

L'état local ne semble pas jouer un rôle notable, car si, dans la deuxième observation, il s'agit d'un malade à bouche déplorable au point de vue de l'hygiène, les dents ne sont pas particulièrement mauvaises ; les deux autres malades avaient une bouche assez propre et d'assez bonnes dents, celui qui fait l'objet de la première observation n'avait même qu'une seule dent cariée, celle qui lui a déterminé les accidents pour lesquels je l'ai traité et dont il souffrait pour la première fois.

Nous ne trouvons rien non plus dans l'état général qui nous explique cette évolution si grave d'un processus infectieux en apparence assez banal. Le premier malade soumis à un examen minutieux ne présente absolument rien d'anormal ni dans ses antécédents ni dans son état actuel.

Le cocher, objet de la deuxième observation, est syphilitique, mais il était atteint d'une syphilis récente, étant encore en pleine période secondaire ; du reste, la nécrose qu'il

a présentée est tout à fait différente de celle que l'on observe dans la syphilis ; dans la gomme, non seulement l'os, mais toutes les parties molles sont frappées par le processus destructeur ; contrairement à ce qui s'est passé chez ce malade, les fosses nasales n'eussent pas été respectées s'il se fût agi d'une gomme syphilitique, et l'os ne se fût pas éliminé en masse sous forme du séquestre que je vous ai présenté.

Le troisième malade dont je vous ai relaté l'observation a bien quelques antécédents tuberculeux, mais si cette affection était en jeu, nous n'aurions pas eu non plus cette marche suraiguë ; les nécroses d'origine tuberculeuse ont, au contraire, une marche essentiellement chronique et de forme torpide comme j'en ai publié une observation dans le travail que je rappelais au début.

Si donc rien dans l'état local et dans l'état général ne vient expliquer l'évolution particulière que l'ostéite a présenté chez ces trois malades, il faut évidemment l'attribuer à un élément infectieux particulier qui est venu imprimer à l'affection un caractère spécial de gravité. Je n'ai pu malheureusement faire l'examen bactériologique chez ces malades, mais il est probable que l'on avait affaire à des espèces anaérobiques très virulentes, les anaérobies si répandus dans les pulpes gangrenées provoquent en effet des gangrènes et des nécroses étendues.

Je me propose à l'avenir d'examiner mes malades à ce point de vue. C'est certainement la bactériologie qui donnera la clef des évolutions diverses des ostéites des maxillaires.

Une des choses particulièrement intéressantes dans ces nécroses en masse, c'est la perfection de la réparation malgré les pertes de substances importantes subies par les malades.

On a vu que, chez le premier malade notamment, malgré une solution de continuité complète de son maxillaire inférieur, l'os s'est reformé complètement ; la gaine périostique ayant été conservée, la réparation s'est faite sans déformation aucune et, ainsi qu'on peut le voir par le moulage

de sa bouche que je vous ai présenté, il est impossible aujourd'hui, au simple examen de celle-ci, de se douter de la grosse portion d'os qu'il a perdue.

Chez le second malade, le séquestre montre que le plancher des fosses nasales a été détruit sur une notable étendue ; si cependant la destruction de la muqueuse pituitaire et la perforation nasale qui en serait résultée ne se sont pas produites, cela tient à ce que le pus avait une issue facile du côté de la bouche et que, n'étant pas intervenu d'une façon trop précoce et forcément trop brutale, l'os s'est de lui-même peu à peu séparé des portions saines, ainsi que de la muqueuse de Schneider sans que celle-ci se soit trouvée sphacélée.

De ces quelques remarques découlent quelques points intéressants au point de vue thérapeutique. Dès le début on devra chercher à juguler les accidents par une intervention aussi précoce que possible consistant à supprimer la cause première des accidents, la dent atteinte d'infection pulpaire ; la dentisterie conservatrice ne nous paraît pas opportune en effet dans les infections suraiguës et, seule, une ouverture large et précoce de l'alvéole infecté pourra arrêter ou tout au moins entraver la marche si rapide de l'infection.

Si l'intervention sur la dent doit être précoce et radicale, il en est tout autrement en ce qui concerne les altérations osseuses. Si, malgré une intervention précoce du côté de la dent, elles se sont produites, il faut savoir que le processus infectieux a frappé d'emblée toutes les portions qui devront disparaître et qu'une intervention osseuse précoce ne restreindrait pas l'étendue de la nécrose que l'infection a dès le début délimité d'elle-même. Les phénomènes suraigus du début une fois apaisés, la suppuration qui se produit alors avec abondance est due au travail de séparation du mort et du vif, l'os sain se séparant des parties nécrosées par l'intermédiaire des cellules ostéoclasiques qui, un mois environ après le début des accidents, sépareront complètement la partie nécrosée, laquelle devient alors mobile au sein des parties molles.

Dans ces conditions, il convient donc de ne pas intervenir d'une façon intempestive durant cette période d'élimination, puisque l'on risquerait ou de faire une intervention insuffisante ou d'étendre inutilement les limites de la résection osseuse nécessaire.

On risquerait surtout de détruire le périoste osseux qui est souvent respecté par le processus suppuratif et qui, le séquestre disparu, régénérera en totalité ou en partie les portions disparues comme on l'a vu dans mes observations. On risque également par une intervention intempestive de produire des désordres de voisinage, notamment au maxillaire supérieur où, comme on l'a vu dans ma deuxième observation, les fosses nasales peuvent se trouver ouvertes par une intervention précoce, alors que la séparation spontanée du séquestre évitera cette complication sur l'importance de laquelle je n'ai pas besoin d'insister.

Il conviendra donc d'attendre la mobilisation du séquestre, en assurant une vaste voie d'élimination à la suppuration. Celle-ci, comme on le comprend par le mécanisme d'élimination du séquestre ne saurait disparaître complètement, mais on la restreindra dans la mesure du possible et l'on empêchera les nécroses secondaires que pourrait produire une suppuration prolongée en faisant de grands lavages antiseptiques.

On surveillera l'os et, sitôt le séquestre mobilisé, on l'enlèvera en procédant aux débridements nécessaires.

Le séquestre enlevé, on se gardera, s'il est volumineux, de procéder au curettage de la cavité sous peine de détruire la gaîne périostique susceptible de régénérer l'os, on se bornera à un nettoyage minutieux de la plaie et, en prenant les soins antiseptiques convenables, on attendra la réparation en maintenant au besoin les fragments de maxillaire en place si quelque déplacement est à craindre comme dans le cas de nécrose du maxillaire inférieur.

LE PROBLÈME DE L'ARTICULATION

Par ALFRED GYSI, D. D. S.,
Professeur à l'École dentaire de l'Université de Zurich

(*Suite.*[1])

Traduction de M. L. MONET, de La Chaux-de-Fonds (Suisse).

2. POSITION DES DENTS.

A. — *Les incisives.*

Comme je l'ai déjà démontré, et comme je le démontrerai encore plus loin, le chevauchement des incisives joue un rôle important dans les mouvements du maxillaire ; la position des autres dents est influencée par cette disposition des incisives ; il est de toute importance d'en tenir compte dans la fabrication des dentiers artificiels, si l'on veut s'éviter une perte de temps et obtenir une bonne stabilité des pièces du haut et du bas.

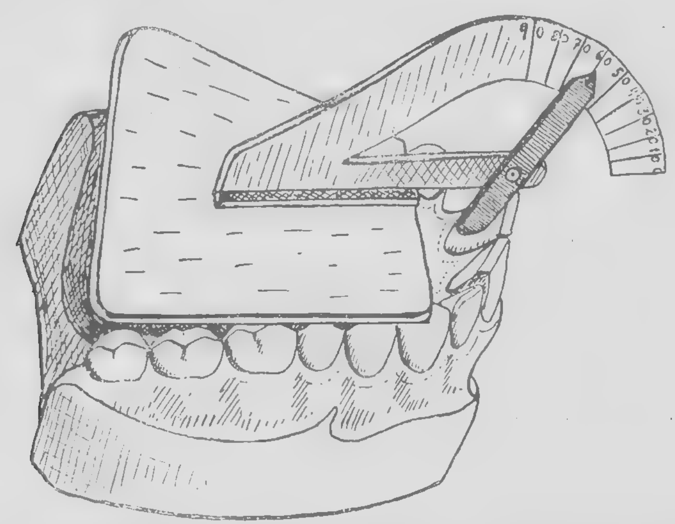


Fig. 49. — Instrument pour mesurer l'inclinaison de la face palatine des incisives

Il est dans cette question deux points à considérer : d'une part l'inclinaison des incisives supérieures, et d'autre part

---

1. V. *L'Odontologie* du 30 mars, p. 241, du 30 avril, p. 353 et du 15 mai, p. 422.

la hauteur du chevauchement ; si, au moyen de l'instrument représenté dans la figure 49, on mesure l'inclinaison de la surface palatine des incisives supérieures par rapport au plan d'occlusion (surface mastiquante), on trouve pour les incisives centrales un angle de 50° à 70°. Pour les latérales cet angle est de 10°, pour les canines 20° en moins.

Pour déterminer les divers chevauchements dans les

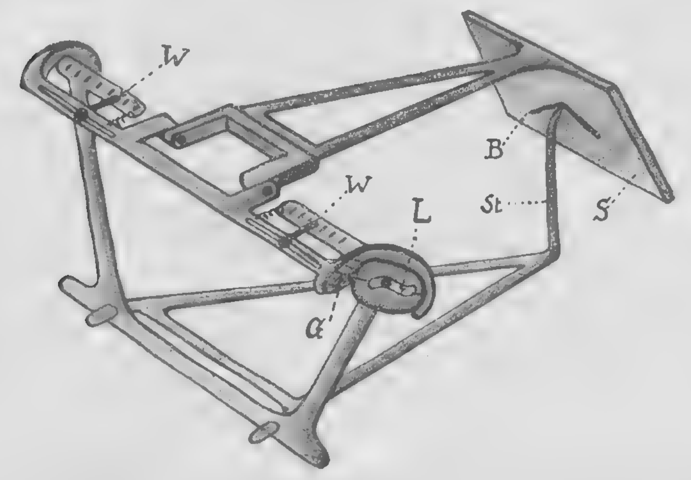


Fig. 50. — Expérience pour déterminer le rapport du chevauchement des incisives avec les conditions de l'articulation. Résultats dans la fig. 51.

diverses trajectoires de l'articulation, j'ai fait quelques expériences avec mon articulateur représenté schématiquement dans la figure 50.

Or, la partie supérieure, dans la région des incisives supérieures, est une surface enregistreuse *S*, qui peut être inclinée de 50° à 70° par rapport à la ligne horizontale ; à la partie inférieure est un stylet fixé à la région des incisives inférieures, sur la ligne médiane. Si l'on exécute les mouvements latéraux de mastication, les diverses trajectoires *B* décrites par les incisives inférieures s'inscrivent sur la surface enregistreuse *S*, laquelle correspond à la surface palatine des incisives supérieures.

Si l'on dispose les divers éléments du mouvement du maxillaire, à leurs points extrêmes, soit le centre de rotation *W* à une distance équilatérale de 7 cm., puis de 13 cm., l'inclinaison

de la trajectoire, d'abord de 20°, puis de 40° par rapport au plan d'occlusion et enfin l'inclinaison de la trajectoire des incisives de 50°, puis de 70°, et que l'on exécute, avec les diverses combinaisons de ces éléments, les mouvements latéraux de mastication en conservant toujours la même longueur de trajectoire de l'articulation *L*, on obtient les résultats indiqués dans le tableau (fig. 51).

	W 13 cm.			W 7 cm.		
Ü	G 20°	G 40°	L	G 20°	G 40°	Ü
4.5 mm.			S 70°			3 mm.
4 mm.			S 50°			2.5 mm.

Fig. 51.

W Position des centres de rotation. — G Angle de la trajectoire de l'articulation. — S Inclinaison des incisives. — U Chevauchement. — L Longueur de la trajectoire de l'articulation. — Λ Trajectoire des incisives inférieures.

Résultats de l'expérience de la fig. 50.

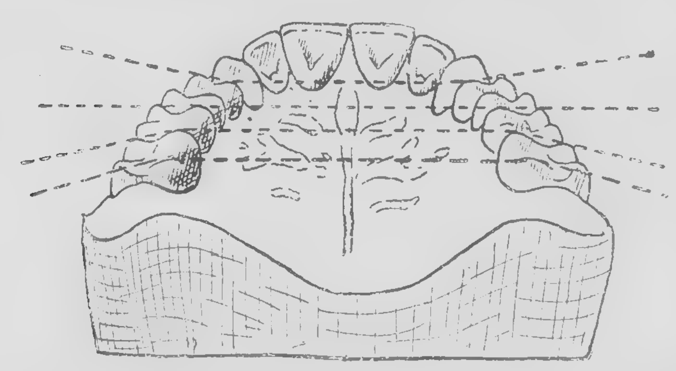


Fig. 52. — Inclinaison des surfaces mastiquantes des molaires et prémolaires du maxillaire supérieur et leurs rapports.

On peut en tirer les conclusions suivantes : 1° l'inclinaison de la trajectoire de l'articulation n'a aucune influence sur la hauteur du chevauchement ; 2° par contre, la position des centres de rotation en a une décisive. Si le centre de rotation est éloigné, le chevauchement est plus grand, il est plus petit quand l'écartement est moindre ; 3° le chevau-

chement est un peu plus petit quand la surface palatine est inclinée de 70° que lorsqu'elle n'est inclinée que de 50°. Cette différence est si petite qu'elle peut être négligée dans la pratique.

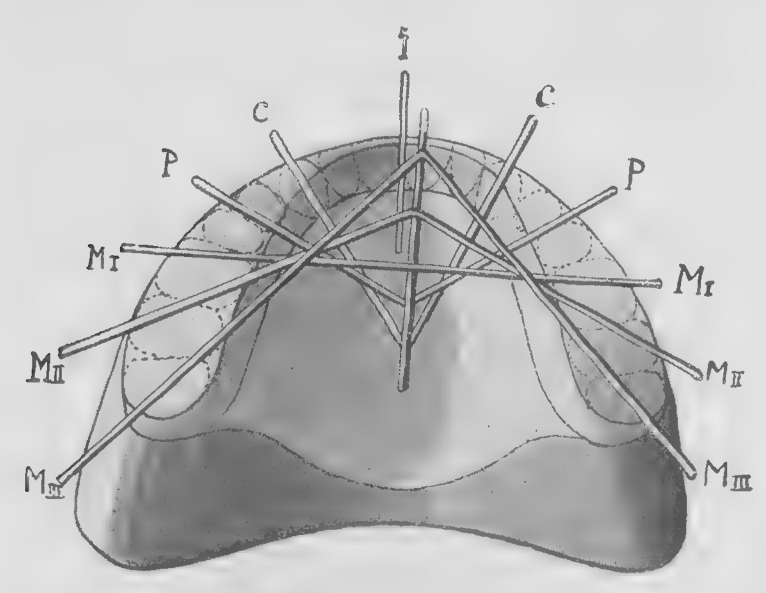


Fig. 53. — Rapports des inclinaisons des surfaces mastiquantes de toutes les dents du haut.
I Incisives. — C Canines. — P Prémolaires. — M_1 M_2 M_3 Molaires.

Pour le praticien, on peut résumer ce qui précède dans la loi suivante :

Plus les centres de rotation sont éloignés, plus le chevauchement des incisives est grand, et vice versa.

Dans les dentiers artificiels, le chevauchement ne doit toutefois pas être aussi prononcé que dans la nature, car leur stabilité en serait compromise.

De même, la surface des incisives sur laquelle se fait le glissement ne doit pas être aussi inclinée que dans la nature ; c'est pour cela que dans mon articulateur elle n'a qu'une inclinaison d'environ 45°. Si l'on dispose la surface palatine des incisives plus droite, l'appareil de prothèse se déplacera d'autant plus facilement dans la bouche que les incisives inférieures glissent sur elle ; d'autre part, la posi-

tion exacte des molaires pour les mouvements latéraux serait plus difficile à établir.

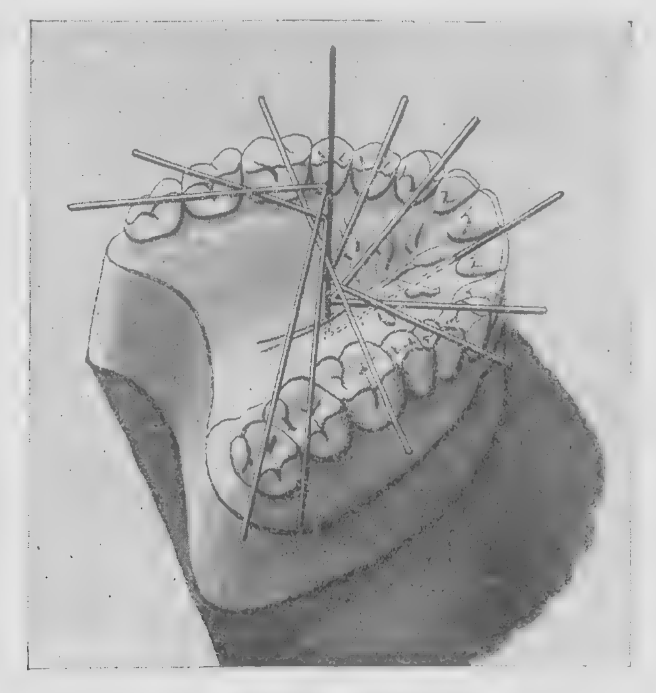


Fig. 54. — Même démonstration que dans la fig. 33.

B. — *Les molaires.*

Si l'on pose une règle sur les molaires d'une empreinte de la mâchoire supérieure, on voit que les tubercules extérieurs ou buccaux sont moins élevés que les intérieurs ou palatins. Cette différence est très sensible à la troisième molaire, moindre à la deuxième ; à la première, les tubercules sont égaux ; c'est le contraire pour les prémolaires (fig. 52).

Pour mesurer l'inclinaison de ces surfaces, j'emploie les instruments indiqués figures 55 et 56. La figure 53 montre ces relations schématiquement et la figure 54 sur une empreinte de la mâchoire supérieure.

Les figures 57 à 60 les montrent en coupe transversale ; elles font voir encore comment les molaires supérieures peuvent déborder les inférieures, bien que l'arc du rebord alvéolaire soit plus petit à la mâchoire supérieure. *Si ces*

dispositions particulières des molaires ne sont pas reproduites exactement dans les dentiers, il est impos-

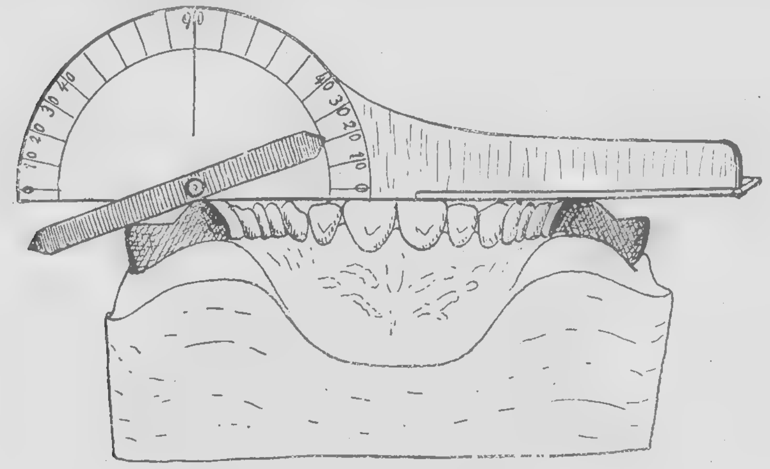


Fig. 55. — Instrument pour mesurer l'inclinaison des surfaces mastiquantes des molaires supérieures.

sible d'obtenir des pièces aptes à fonctionner. C'est un des principaux défauts des pièces artificielles, et on ne peut trop insister sur ce fait.

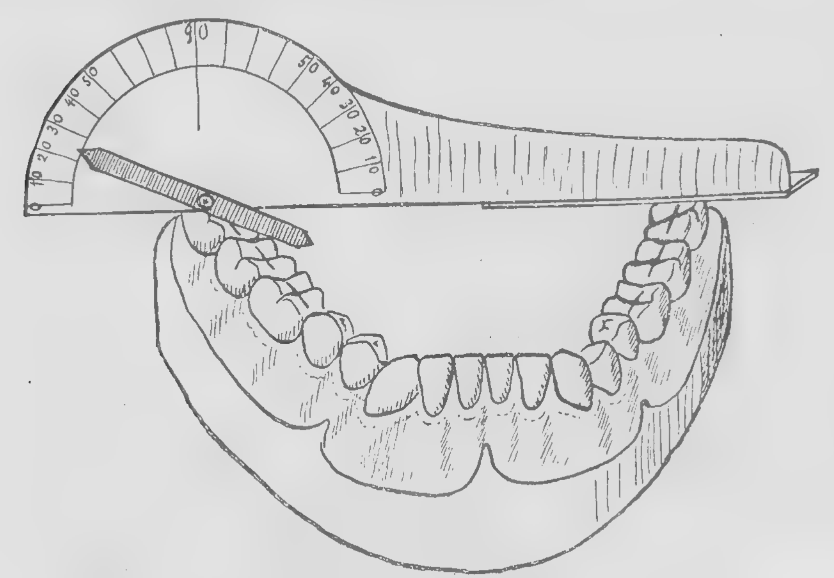


Fig. 56. — Le même instrument employé avec les dents du bas.

Je montrerai dans le prochain chapitre par quoi est pro-

duite cette position inclinée des molaires et comment elle diffère d'un cas à l'autre. Dans les dentiers artificiels, on doit considérer, outre cette position des molaires, ce principe démontré par Hahn, de Berlin (*Correspondenzblatt*, oct. 1907), que les dents doivent être placées exactement sur le milieu du rebord alvéolaire.

J'ai représenté dans la figure 58 la position des molaires recommandées par Bonwill. Cette disposition horizontale n'est possible que lorsque la trajectoire de l'articulation est horizontale, ce qu'elle est en effet dans l'articulateur de Bonwill. D'après les données actuelles cette position est fausse ; elle n'est vraie que dans les rares cas où l'inclinaison de la trajectoire est de 0°.

La figure 59 représente une inclinaison fausse des molaires, les tubercules buccaux des molaires supérieures sont plus longs que les palatins, de sorte que les molaires inférieures ne peuvent être articulées du côté latéral, car l'espace nécessaire pour la langue serait trop réduit. Par suite de cette fausse disposition, le dentier supérieur tombe facilement pendant les mouvements latéraux. Dans les figures 57, 58, 59, la distance réciproque des rebords alvéolaires est la même ; on peut ainsi se figurer les conditions des deux pièces de prothèse dans les trois modes de position des molaires.

3° *Le sillon longitudinal de la surface mastiquante.*

En faisant avec une scie une coupe transversale de la mâchoire bien formée d'un adulte dont tous les petits tubercules accessoires ont été usés par dix ou vingt ans de mastication, on voit que le sillon de ces dents (fig. 60) n'est pas au milieu ; mais il se trouve pour la deuxième molaire supérieure presque au tiers extérieur environ, et pour la deuxième molaire inférieure presque au tiers intérieur.

D'autre part, les tubercules buccaux du maxillaire supérieur et les tubercules linguaux du maxillaire inférieur sont plus petits que les palatins supérieurs et les buccaux inférieurs ; ces derniers sont plus larges et plus arrondis et

engrènent parfaitement dans le sillon de leurs antagonistes.

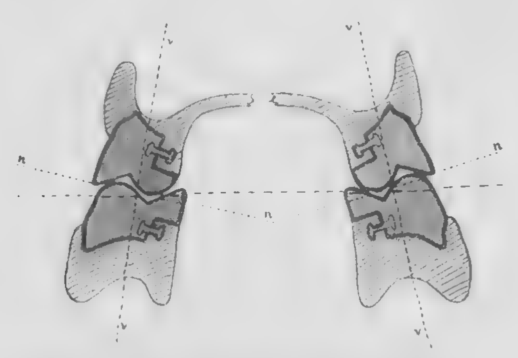


Fig. 57. — Position exacte des molaires.

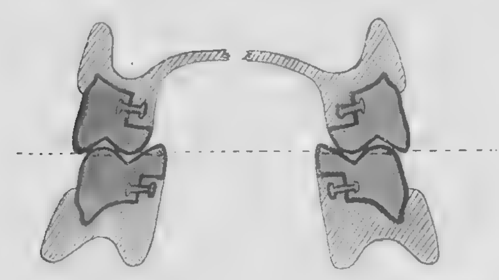


Fig. 58. — Mauvaise disposition des molaires d'après Bonwill.

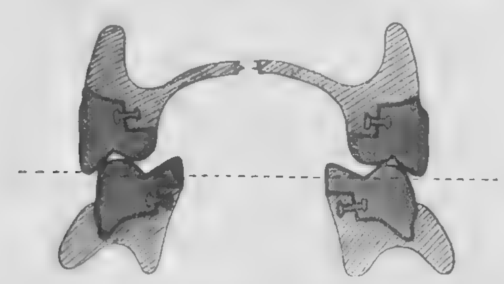


Fig. 59. — Mauvaise disposition des molaires quand l'accès de l'articulateur à sa partie postérieure est difficile.

Le sillon ne devrait pas être meulé rond comme Bonwill l'a dessiné (fig. 61 *b*), mais angulaire (fig. 61 *e*). Si la gouttière est ronde, les molaires se touchent entre elles sur une trop grande surface ; l'écrasement des aliments en est contrarié en ce sens qu'il faut beaucoup de force pour broyer entre ces deux surfaces larges. On trouverait toutefois assez de force dans la musculature, mais les rebords alvéolaires

ou plutôt la gencive qui les recouvre ne supporterait pas cette pression.

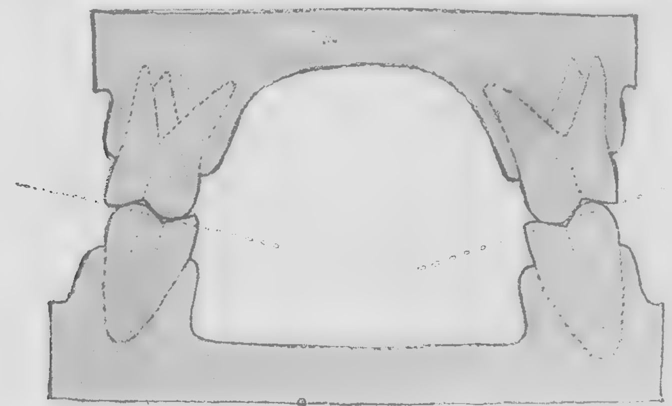


Fig. 60. — Coupe transversale à la région des secondes molaires montrant le mode d'inclinaison de leurs surfaces mastiquantes.

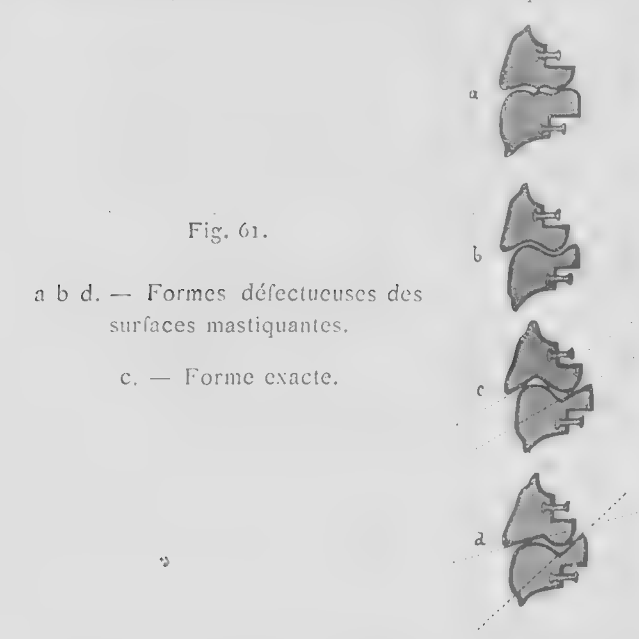


Fig. 61.

a b d. — Formes défectueuses des surfaces mastiquantes.

c. — Forme exacte.

Si l'on meule par contre les molaires selon mes indications, c'est-à-dire avec un sillon angulaire (fig. 61 *e*), les trois points de contact sont très petits ; on obtient une mastication dont l'effort est en forme de coin, ce qui donne un résultat excellent avec beaucoup moins de force. D'après la fig. 61 *c*), les tubercules palatins des molaires supérieures

et les tubercules buccaux des inférieures sont arrondis soigneusement (le contraire dans l'articulation croisée fig. 83), ils viennent en contact avec le sillon angulaire de leurs antagonistes seulement en deux points. De cette manière, nous avons trois points de contact seulement qui donnent aux molaires un mutuel soutien simple, mais sûr, comme le ferait

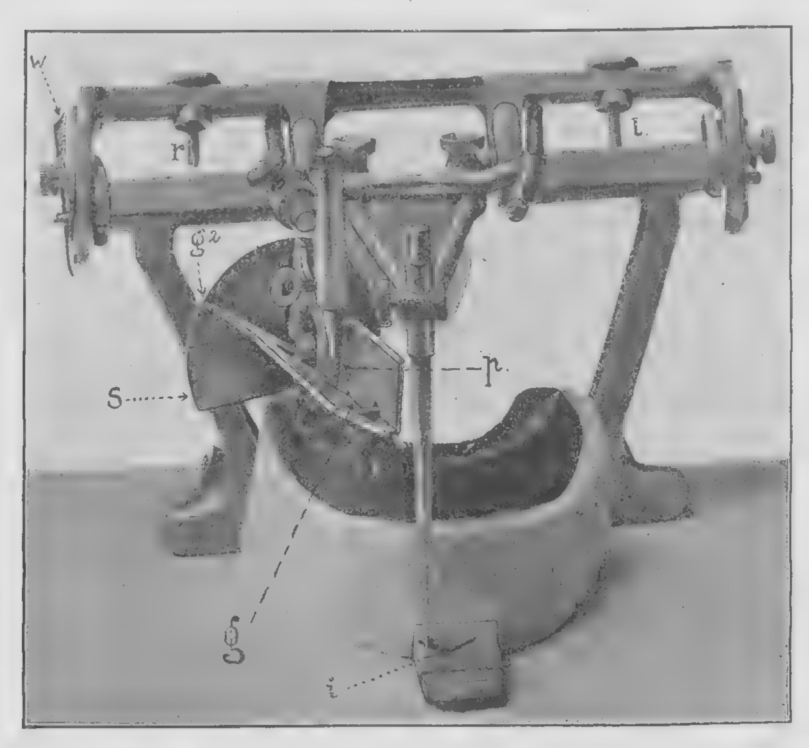


Fig. 62. — Expérience pour déterminer l'ouverture, la forme et la position du sillon longitudinal des molaires. Les résultats de l'expérience sont exposés dans les quatre grands tableaux des molaires.

un trépied qui trouve toujours, même sur un terrain inégal, trois points de soutien.

Chez les individus jeunes, les uns et les autres sont également pointus ; par contre les tubercules qui engrènent dans le sillon de leurs antagonistes s'usent doublement, parce que pendant la mastication soit à gauche, soit à droite, ils restent toujours en contact et les aliments les pressent continuellement et fortement les uns contre les autres, ce qui

fait qu'ils s'arrondissent rapidement pour devenir tout à fait plats à un âge avancé. Par suite de cette usure sur un seul côté, l'inclinaison de la surface mastiquante se rapproche de plus en plus de l'horizontale.

Pour déterminer exactement les conditions du sillon de la surface mastiquante et des tubercules qui la forment, j'ai fait les expériences indiquées à la fig. 62.

Sur un modèle de maxillaire inférieur avec une cire d'articulation placée horizontalement on fixe un sillon schématique, composé de deux plaques de métal réunies entre elles par une charnière. Ce sillon mobile doit avoir la même direction par rapport à l'articulation de l'appareil qu'une denture inférieure naturelle.

Un stylet est placé à la partie supérieure de l'articulateur; il doit se mouvoir dans les trois directions de l'espace pour pouvoir être toujours en contact avec la partie la plus profonde du sillon longitudinal. Ce stylet correspond aux tubercules palatins des molaires supérieures qui engrènent dans le sillon longitudinal des molaires inférieures.

Les deux parties métalliques qui représentent le sillon longitudinal sont maintenues par des ressorts.

On exécute avec l'articulateur les mouvements latéraux de mastication et on peut ensuite lire sur une échelle graduée les inclinaisons que forment les surfaces buccale et linguale de ce sillon mobile. Si ces plaques sont enduites de suie, on peut très bien observer dans quelle direction les molaires inférieures passent devant les supérieures pendant les mouvements de mastication. Si l'on fixe le stylet successivement à la place de chacune des molaires, on peut déterminer les fonctions particulières de chacune d'entre elles.

Les résultats obtenus correspondent aux positions naturelles prises dans les trois directions de l'espace mieux que les constructions géométriques prises seulement dans deux directions.

Dans la fig. 63, j'ai représenté en surface deux des résultats ainsi obtenus; si le stylet est placé à gauche dans le sillon mobile à la région de la première molaire et que les

mouvements de mastication soient exécutés (Voir fig. 63 à droite en *I*), le point *I* se meut autour du condyle *R* dans la direction du point *II* en mastiquant à droite[1]; la plaque buccale du sillon est alors levée. Le point *II* décrit une fraction d'arc de cercle d'un rayon de 94 millimètres. En mordant à gauche, le point *I* se meut autour du condyle *L* dans la direction du point *III* en décrivant un arc d'un

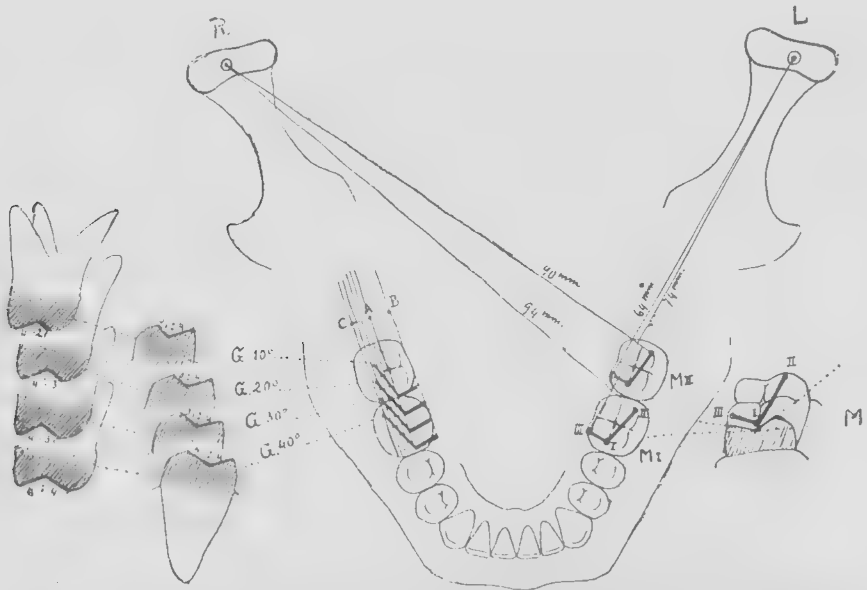


Fig. 63. — Chemin que parcourent les molaires supérieures sur les inférieures pendant les mouvements latéraux. La forme du sillon longitudinal dépend de l'inclinaison de la trajectoire de l'articulation. Résultat obtenu avec l'instrument de la fig. 62.

rayon de 74 millimètres ; le chemin parcouru est ainsi plus court et se trouve presque à angle droit avec la surface linguale du sillon mobile métallique, laquelle est alors abaissée pour devenir presque horizontale.

En d'autres termes (Voir *M* fig. 63) le point *I* représentant le tubercule palatin des molaires supérieures dans le mouvement de mastication à gauche, autour du condyle *L*,

1. En mordant à droite, le maxillaire se tourne autour la région du condyle droit : le menton se dirige à droite, et le condyle gauche sort de la cavité articulaire et passe sur le tuberculum articulare. En mordant à gauche, c'est le contraire qui se produit.

se dirige vers le point *III*, c'est-à-dire prend le chemin le plus court pour monter sur la surface linguale peu inclinée du sillon, autrement dit sur le tubercule lingual des molaires inférieures. En mordant à droite autour du condyle *L* le point *I* suit dans une direction inclinée et par un long chemin la surface buccale fortement inclinée du sillon dans la direction du point *II* et monte ainsi sur le tubercule buccal des molaires inférieures. Le chemin de *I* à *III* atteint directement le sommet comme dans un funiculaire à câble, tandis que le chemin de *I* à *II* atteint le sommet comme un funiculaire à crémaillère, en prenant un chemin plus long et moins escarpé.

Si le stylet est placé dans la gouttière à la région de la deuxième molaire et si les mouvements de mastication sont exécutés avec la même étendue, ce stylet ne décrit que de courtes trajectoires parce que les rayons correspondants sont plus courts. Ceci explique pourquoi la dernière molaire n'a pas besoin d'être aussi large que la première. Par conséquent, plus une dent est éloignée du point de rotation, plus le chemin qu'elle décrit est grand.

Le côté gauche de la fig. 63 montre une autre expérience.

Les deux ailes du sillon sont enduites de suie ; le stylet est placé dans le sillon à la région de la première molaire droite ; des mouvements latéraux de mastication sont exécutés avec une trajectoire d'articulation *G* inclinée de 10° à 40° ; dans les mouvements à gauche, autour du condyle *L*, la surface buccale du sillon est redressée peu à peu au fur et à mesure que l'inclinaison augmente (Voir tableaux, entre les fig. 65, 66); le stylet monte en angle aigu sur la paroi buccale fortement redressée. En d'autres termes : avec une inclinaison *G* de 40° le rapport de la paroi linguale à la paroi buccale est dans la proportion de 4 à 4; avec une inclinaison de 30°, cette proportion est de 4 à 3, 5, avec une inclinaison de 20° la proportion est de 4 à 3, et par 10° d'inclinaison elle est de 4 à 2,5. Il est facile d'observer ces différences aux dents naturelles.

J'ai pu les constater aux nouvelles formes de molaires de

la maison S. S. White ; une preuve que les modeleurs cherchent à imiter la nature, s'ils pouvaient connaître toutes les lois indiquées jusqu'ici, nul doute qu'ils obtiendraient des formes vraiment naturelles, ce qui ferait heureusement disparaître celles que l'on voit actuellement avec des tubercules de fantaisie.

Les deux expériences ci-dessus démontrent encore l'exactitude de mon articulateur ; avec aucun autre appareil elles ne pourraient être exécutées, car il manque à tous la vraie trajectoire des incisives.

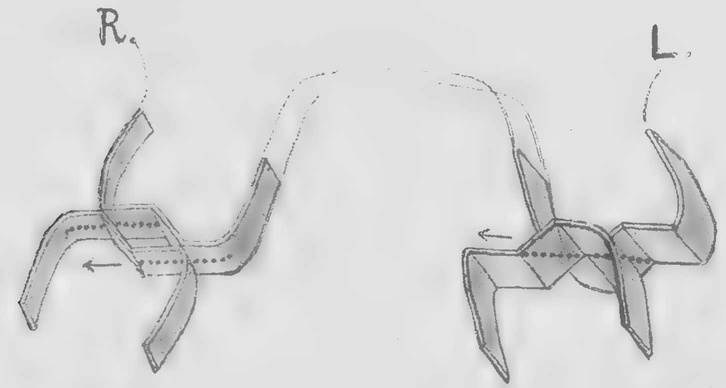


Fig. 64. — Manière dont les molaires passent l'une sur l'autre pendant les mouvements latéraux de mastication.

Dans la figure 64 ces divers rapports sont examinés sur les molaires naturelles.

En mordant à droite, le chemin parcouru par la molaire de droite est court ; il n'y a que deux surfaces de tubercules qui soient mises à contribution, tandis qu'à gauche, où le chemin parcouru est plus long, il n'y a qu'une surface qui soit frottée. Il s'ensuit que la pression sur l'émail est compensée à droite et à gauche et que l'usure est égale des deux côtés.

L'inclinaison de la surface mastiquante, celle de chacune des surfaces des tubercules et la profondeur du sillon longitudinal, varient d'un individu à l'autre selon l'inclinaison de la trajectoire de l'articulation, sa forme et la position du point pivotant.

Avec le même mode d'expérience que dans la figure 62, j'ai tenté de représenter les diverses combinaisons les plus fréquentes qui ont une influence sur la forme des deux molaires employées en prothèse (Voir les trois grands tableaux placés entre les figures 65 et 66).

S. 60°	I.		15°–20°–25°			26°–30°–35°			36°–40°–45°		
	Ro.		8cm	10cm	12cm	8cm	10cm	12cm	8cm	10cm	12cm
	F. 2.	Mol. I	A	A	B	A	B	B	B	B	C
		Mol. II	A	B	C	B	C	C	B	C	D
	F. 4.	Mol. I	A	B	C	B	B	C	B	B	C
		Mol. II	B	C	D	C	C	D	C	C	D

Fig 65. — Tableau permettant de trouver l'ouverture du sillon longitudinal.
I. — Inclinaison de la trajectoire de l'articulation.
Ro. — Positions des centres de rotation.
S. — Inclinaison de la trajectoire des incisives.
F. — Forme de la trajectoire de l'articulation.

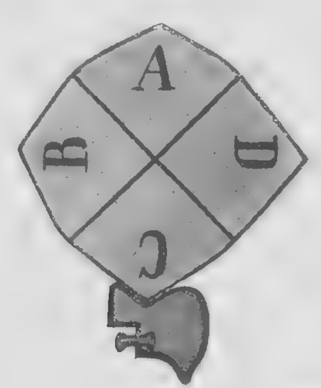


Fig. 66. — Mode d'emploi de l'instrument pour mesurer l'angle du sillon longitudinal des molaires.

Pour ne pas trop étendre les recherches, les conditions suivantes seules ont été employées : trajectoire moyenne des incisives soit 60° ; inclinaisons de la trajectoire de l'articulation 20°, 30° et 40° ; éloignement des points pivotants 8, 10 et 12 centimètres, ainsi que trois des formes principales

de la trajectoire de l'articulation. Comme les résultats obtenus avec une trajectoire en ligne droite et ceux d'une trajectoire faiblement en forme de *S* diffèrent de peu de degrés, je les ai réunis. L'inclinaison des surfaces des tubercules qui forment le sillon varie, comme on le voit, passablement. Plus l'angle d'ouverture du sillon est ouvert, plus plate est la surface mastiquante, et plus les tubercules sont bas. Lorsque le sillon est moins profond, l'inclinaison de la surface mastiquante est également moindre.

Les molaires artificielles doivent représenter le plus possible ces diverses relations afin que, si l'on n'arrive pas à reproduire parfaitement toutes ces lois, on ne fasse pas tout le contraire de la réalité, comme c'est trop souvent le cas.

Comme il ne serait toutefois pas possible de représenter dans la pratique tous ces résultats, j'ai simplifié ces trois tableaux dans le tableau figure 65. Je prends neuf cas qui se suivent et les réunis en un seul type que j'appelle *A* et qui représente les résultats obtenus avec des angles d'ouverture du sillon de 126° à 134°.

On obtient ainsi quatre types principaux ; la différence entre les types *A* et *D* est assez grande pour être reproduite pratiquement avec précision, surtout en employant l'appareil de mensuration (fig. 66). C'est une plaque de métal dont les quatre côtés représentent les angles des quatre types principaux ; comme elle est très maniable, on peut meuler le sillon longitudinal dans chaque cas particulier selon l'angle d'ouverture, sans être livré au hasard ou à de longs essais. Dans le tableau simplifié (fig. 65) j'ai pris les deux formes principales des trajectoires de l'articulation qui sont fournies avec l'articulateur.

Les tableaux et la figure 65 présentent la forme spéciale de la deuxième molaire dont le sillon est plus profond, dont les surfaces mastiquantes sont plus escarpées et par conséquent dont l'angle d'ouverture est plus petit que dans la première molaire, tout le contraire du dessin de Bonwill que l'on voit reproduit encore dans tous les ouvrages et qui

donne une vue des tubercules dont la hauteur va en diminuant depuis les incisives jusqu'aux molaires.

Spence commet encore cette faute dans son dernier travail (*Items of Interest,* août 1907), de même Wilson (*Dental Cosmos,* oct. 1908, fig. 6) ; on la trouve tout récemment encore dans l'article de Witt Cross (*Dental Cosmos,* janvier 1909, page 38, fig. 9). Cette figure, qui doit démontrer comment la hauteur des tubercules va en diminuant des canines aux molaires, serait par elle-même juste si l'on n'en tirait pas la conclusion que les sillons des tubercules buccaux ont la même profondeur que le sillon longitudinal ; ceci semble, pour la plupart des lecteurs, tout à fait probant et est accepté comme tel sans examen plus approfondi.

On part généralement de cette fausse affirmation que l'articulation du maxillaire est une articulation à charnière, qu'elle s'ouvre comme un simple couteau de poche de telle façon que le mouvement est moins étendu à la région de l'articulation qu'à la partie antérieure du maxillaire. Il est pourtant connu depuis longtemps que dans les mouvements latéraux, l'un des condyles parcourt un chemin plus étendu que la région des incisives, qui ne se meut que d'une longueur égale au chevauchement.

Physiquement parlant, la charnière, c'est-à-dire le point d'appui relativement fixe du levier formé par le maxillaire, se trouve à la partie antérieure vers les incisives, tandis que la puissance (musculature du maxillaire) se trouve en arrière à la région des condyles, de telle sorte qu'une plus grande pression est exercée par les molaires que par les incisives. Il en résulte que, pendant les mouvements de mastication, l'élévation des molaires est plus grande que celle des incisives.

Par conséquent, et dans la réalité, les sillons transversaux vont en diminuant jusqu'à la partie postérieure, les tubercules buccaux sont donc de moins en moins creusés ; par contre le sillon longitudinal est de plus en plus profond jusqu'à la troisième molaire afin d'assurer le contact des molaires pendant les mouvements latéraux de mastication.

Ce n'est qu'en ouvrant la bouche, c'est-à-dire en saisis-

sant les aliments, en parlant, etc. que la trajectoire de la région des incisives est plus grande que celle des condyles ; ce mouvement d'ouverture est donc un mouvement à charnières et comme il n'entre pas en ligne de compte pendant la mastication, il n'a aucune influence sur la forme de la surface mastiquante des molaires.

Le tableau 65 permet encore de voir que tous les types peuvent s'appliquer tantôt à la première, tantôt à la seconde molaire ; il est impossible par conséquent d'avoir dans le commerce des molaires avec des surfaces de compensation toutes faites. Comme ces surfaces varient encore selon le degré de chevauchement des incisives et la profondeur du sillon longitudinal, il est nécessaire de meuler dans chaque cas ce qui est du reste un petit travail.

Des trois grands tableaux découle cette loi : La profondeur du sillon longitudinal et l'inclinaison de la surface mastiquante dépendent de l'inclinaison de la trajectoire de l'articulation ; plus cette dernière est petite, plus celles-là le sont aussi et vice versa.

On avait vu dans le tableau fig. 11 que les éléments du mouvement de mastication ne sont semblables à droite et à gauche que dans la moitié des cas. On peut cependant adapter les tableaux normaux à ces dispositions différentes selon les deux côtés avec peu de peine. C'est ce que je vais démontrer par la fig. 67.

En faisant mouvoir les incisives inférieures à gauche, le maxillaire inférieur décrit un mouvement de rotation autour du centre gauche ; le condyle de droite glisse en avant de côté. Aux molaires supérieures et inférieures n'entrent en fonction que les tubercules qui, allongés, regardent dans la direction du condyle droit (Voir fig. 67 les surfaces des tubercules prolongées par les flèches).

J'en tire les règles suivantes :

Les surfaces de tubercules qui, allongées, regardent vers la droite, sont dans la dépendance :

1. Du condyle droit.
2. Du point pivotant de gauche.

Les surfaces de tubercules qui, allongées, regardent vers la gauche, sont dans la dépendance :

1. Du condyle gauche.
2. Du point pivotant droit.

Dans les trois grands tableaux l'allongement vers la gau-

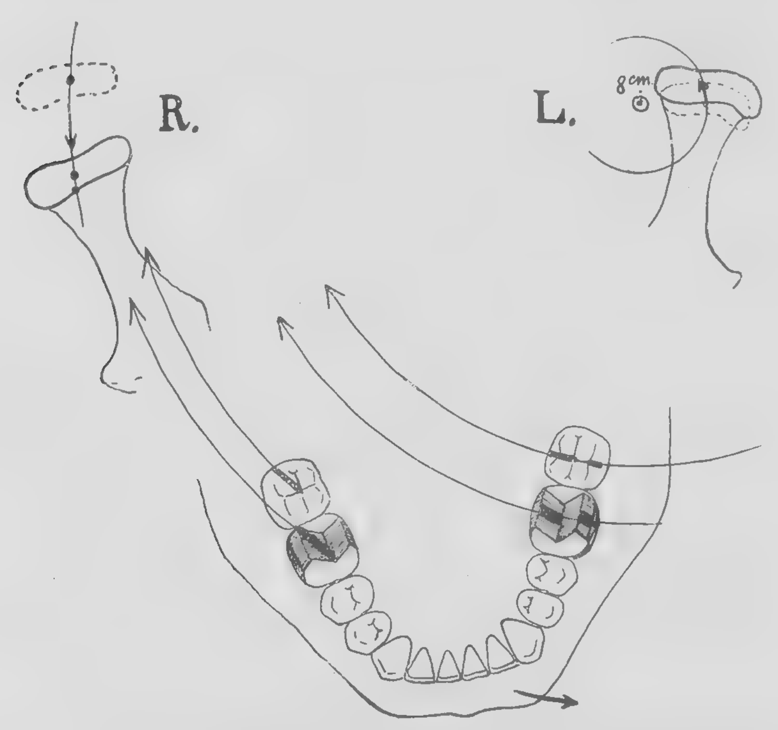


Fig. 67. — Dans le mouvement latéral à gauche, ce sont les surfaces des tubercules dirigées à droite qui entrent en fonction.

che des surfaces des tubercules est marquée par une ligne pointillée, l'autre allongement par une ligne pleine.

A l'aide de cette loi et des trois grands tableaux, on obtiendrait les surfaces de mastication pour chaque cas spécial de la manière suivante :

Supposons le cas d'un patient ayant :

A gauche : Inclinaison de la trajectoire du condyle 20°. Forme de la trajectoire *I*. Point pivotant 8 cm.

A droite : Inclinaison de la trajectoire du condyle 40°. Forme de la trajectoire *III*. Point pivotant 12 cm.

On aura :

De *G* 20° *I* gauche et *W* 12 cm. à droite, sont dans la dépendance les surfaces allongées par ligne pointillée,

De *G* 40° *III* droite et *W* 8 cm. à gauche, sont dans la dépendance les surfaces allongées par la ligne pleine.

On cherche dans les trois grands tableaux les inclinaisons des tubercules correspondantes, on obtient pour les premières et deuxièmes molaires ce qui est représenté dans la fig. 68.

Calculons encore l'angle d'ouverture du sillon longitudinal pour chacun de ces cas ; on obtient les types suivants de molaires :

Côté droit

$$\begin{array}{rr} 90^\circ & 90^\circ \\ -\ 39^\circ & -\ 22^\circ \\ \hline 51^\circ & +\ 68^\circ \end{array} = \textbf{O.}\ 119^\circ = \text{Type B.} \quad \text{Mol. I.}$$

$$\begin{array}{rr} 90^\circ & 90^\circ \\ -\ 48^\circ & -\ 22^\circ \\ \hline 42^\circ & +\ 68^\circ \end{array} = \textbf{O.}\ 110^\circ = \text{Type C.} \quad \text{Mol. II.}$$

O. = Ouverture.

Côté gauche

$$\begin{array}{rr} 90^\circ & 90^\circ \\ -\ 16^\circ & -\ 40^\circ \\ \hline 74^\circ & +\ 50^\circ \end{array} = \textbf{O.}\ 124^\circ = \text{Type B.} \quad \text{Mol. I.}$$

$$\begin{array}{rr} 90^\circ & 90^\circ \\ -\ 18^\circ & -\ 44^\circ \\ \hline 72^\circ & +\ 46^\circ \end{array} = \textbf{O.}\ 118^\circ = \text{Type B.} \quad \text{Mol. II.}$$

O. = Ouverture.

On obtiendrait ces résultats plus simplement et plus exactement en plaçant, l'articulateur étant disposé pour le cas particulier, l'instrument représenté fig. 62 sur la cire d'articulation inférieure ; il suffit alors avec les mensurations obtenues d'avoir le type d'angle cherché.

Celui qui exécute un appareil de prothèse d'après ces données ne peut le terminer en un jour ; mais il obtient un résultat inconnu jusqu'ici.

Celui qui, pour un motif quelconque, ne veut pas employer trop de temps, meulera le sillon de cette façon :

Pour une	trajectoire	d'articulation	d'environ	15°	d'après	le type	A.
—	—	—	—	25°	—	—	B.
—	—	—	—	35°	—	—	C.
—	—	—	—	45°	—	—	D.

Celui qui veut se donner un peu plus de peine procédera ainsi :

Lorsque la trajectoire est faible, c'est-à-dire d'environ 20°, le sillon sera meulé d'après les types *A* et *B* : pour la molaire *I* d'après le type *A*, pour la molaire *II* d'après le type *B*.

Avec une inclinaison de trajectoire d'environ :

30°	pour la molaire	I	type B,	pour la molaire	II	type	C.
40°	—	I	— C,	—	I	—	D.

Si l'on veut être encore plus exact et tenir compte de la position des centres de rotation et de la forme de la trajectoire, la figure 65 donnera les indications nécessaires. Dans le cas, par exemple, d'une inclinaison d'environ 30° et d'une trajectoire en *S* et d'une distance des centres de rotation de 12 cm., on meulera la molaire *I* d'après le type *C* et la molaire *II* d'après le type *D*.

En voulant être encore plus exact, par exemple dans les cas où les côtés gauche et droit montrent de grandes différences dans leurs trajectoires respectives, on procédera d'après les indications de la page précédente ou l'on emploiera le petit instrument représenté dans la figure 62.

Nous avons ainsi quatre degrés dans la perfection du travail ; il est bon de commencer par le premier et de monter ensuite peu à peu.

Pour la plupart des travaux il suffit de prendre en considération la loi suivante :

Plus la trajectoire est droite, plus le sillon des molaires doit être profond, et plus leur surface mastiquante doit être inclinée d'après les figures 21, 19 ou 28.

A l'aide de l'instrument indiqué plus haut, le sillon peut

être meulé exactement selon l'angle d'ouverture : rien n'est laissé au hasard et les tâtonnements sont supprimés.

J'emploie pour ce travail une grosse roue d'émeri de 10 cm. de diamètre et de 1 cm. d'épaisseur, à laquelle je fais une arête au moyen d'une vieille lime chauffée, de telle façon que l'autre arête ne représente que la moitié d'un angle droit. Le grand diamètre permet de donner au sillon un tracé bien droit et une forme dans le sens longitudinal qui ne soit pas trop en cuvette. Cette grande roue ne fait que le travail préliminaire, elle permet d'épargner la roue plus petite et plus tranchante qui doit donner au sillon sa forme angulaire.

Après quelques exercices, on est à même de meuler exactement toutes les dents avant de les monter en cire ; il y a ensuite peu de corrections à faire.

Les débutants devraient d'abord se contenter d'ajuster exactement les canines, afin qu'elles ne se gênent pas pendant les mouvements latéraux de mastication, et que les deux dernières molaires restent en contact.

(A suivre.)

REVUE ANALYTIQUE

Rhagades des lèvres et érythème papulo-érosif des hérédo-syphilitiques. — Une méthode de traitement des racines. — La prothèse restauratrice.

Rhagades des lèvres et érythème papulo-érosif des hérédo-syphilitiques.

MM. J. Sabrazès et R. Dupérié présentent l'étude anatomo-pathologique et microbiologique de trois pièces provenant de deux hérédo-syphilitiques, l'un âgé de cinquante-cinq jours, l'autre de quarante-cinq jours.

La rhagade commissurale est formée par une ulcération fissuraire ; à sa surface est une croûte d'épiderme nécrosé mélangée d'exsudats séreux et de résidus fibrino-hématiques ; au-dessous se trouvent des lambeaux de corps muqueux spongoïdes. Les cellules conjonctives du derme ont proliféré activement, surtout autour des vaisseaux atteints d'endovascularite. Les tréponèmes abondent dans le corps muqueux, au fond et sur les bords de la rhagade. Au-dessous de la croûte superficielle infectée secondairement de staphylocoques, les tréponèmes se retrouvent à tous les étages de la lèvre et jusque dans les glandes, les muscles, les filets nerveux.

Les lésions d'érythème papulo-érosif, hyperkératosiques et riches en tréponèmes sur les bords, croûteuses au centre, présentent même vésiculation des cellules malpighiennes envahies par les tréponèmes et même irritation proliférante des cellules connectives du derme, sans cellules plasmatiques. En surface, des microbes d'infection secondaire interviennent, désagrégeant les croûtes kératosiques et les exsudats séreux concrétés, plus ou moins riches en débris leucocytaires, alors que, déjà, l'épiderme a été endommagé par la culture massive du seul tréponème.

A noter l'extrême virulence de ces lésions d'où les tréponèmes s'exsudent à l'extérieur. (Sabrazès et Dupérié, *Société de biologie*, 11 décembre 1909.)

Une méthode de traitement des racines.

Cette méthode consiste à ouvrir les canaux radiculaires en se servant d'eau régale. Ce procédé s'applique particulièrement aux fins canaux antérieurs des racines des molaires du haut, et plus spécialement encore quand la pulpe se trouve dans des conditions septiques. La chambre pulpaire nettoyée à fond, on introduit dans l'orifice du canal, un vieil instrument de Donaldson que l'on a préalablement plongé dans l'acide puis, par un mouvement doux de va et vient, on l'élargit considérablement, on l'aseptise et on enlève les matières en décomposition. L'acide dissout les substances dentaires minérales partout où il entre en contact avec elles, il faut donc l'enlever avec un pinceau dont les poils serviront également à enlever les matières organiques. La flexibilité du poil permet de l'introduire dans le canal plus loin qu'un

foret sans souplesse ne peut le faire. Les instruments de Donaldson dont on se sert, quand ils sont neufs, pour extirper les pulpes dévitalisées, resservent dans l'emploi avec l'acide après quoi, naturellement, ils sont inutilisables. Il n'y a pas besoin d'agent neutralisant. La quantité d'acide prise par l'instrument est si faible que la substance dentaire remplit elle-même cet office. Les quelques vapeurs dégagées par l'acide sont si légères qu'elles n'incommodent nullement le patient.

Après avoir complètement ouvert et nettoyé les racines on les obture de la manière habituelle. (A. DRAKE, *British Dental Journal*, 1er févr., *Laboratoire*, 27 févr. 1910.)

La prothèse restauratrice.

M. G. Lemerle étudie, dans la *Clinique*, l'état actuel de la prothèse restauratrice ; celle-ci, longtemps purement externe, a pu, grâce à l'avènement de l'ère aseptique, bénéficier des méthodes nouvelles, encore actuellement en évolution.

Les différentes méthodes prothétiques se classent en deux groupes principaux, suivant qu'il s'agit d'appareils restés en rapport avec l'extérieur, ou complètement enfouis au sein des tissus cruentés : la prothèse externe et la prothèse interne.

1° *Prothèse externe :* elle peut être tardive ou immédiate. La première a lieu longtemps après la perte de substance et s'applique sur des tissus cicatrisés ; c'est la méthode la plus ancienne ; le membre artificiel adapté au moignon, après une amputation, représente le type le plus simple. Pour la région faciale la prothèse tardive nécessite une technique spéciale connexe à celle de la prothèse dentaire ; aussi, créée par les dentistes, elle demeure exclusivement de leur ressort.

La prothèse tardive comprend spécialement deux stades ; la réduction cicatricielle à l'aide de tractions lentes et continues, et la pose d'un appareil de prothèse proprement dite.

La prothèse immédiate a pour but d'éviter la rétraction cicatricielle ; elle consiste à placer dans la plaie, immédiatement après la résection, un appareil (en caoutchouc vulcanisé, remplaçant comme volume et comme forme le segment osseux réséqué ; cet appareil fixé aux fragments osseux restants est provisoire ; il est destiné à s'opposer à l'affaissement des parties molles et à obtenir la cicatrisation en profondeur de la plaie. Il est remplacé par un appareil tardif, mobile, définitif, placé dans la cavité obtenue, et remplaçant la portion de squelette réséquée.

2° *La prothèse interne* : Comme la prothèse externe, la prothèse interne comprend également deux méthodes :

a) *Prothèse interne destinée à conduire la régénération osseuse.* Elle consiste à fixer sur les os des attelles métalliques tutrices des lambeaux de périoste, ou des sortes de paniers également métalliques, remplis de fragments d'os dont on désire obtenir la greffe.

b) *Prothèse interne proprement dite, remplaçant les tissus absents* et conservée au sein de l'organisme.

Au point de vue squelettique, l'appareil prothétique est destiné à ac-

compléter entièrement les fonctions de la portion de tissu osseux réséquée, grâce à la tolérance absolue, définitive que peut offrir l'organisme au corps étranger fixé dans son sein.

La prothèse interne est la dernière venue parmi les méthodes de prothèse ; elle est d'une conception audacieuse et n'a rallié qu'un petit nombre de partisans. Néanmoins, M. Lemerle rappelle le cas de prothèse squelettique du crâne, publié ici-même par M. Delair, et dont les bons résultats se maintiennent depuis 1903, 1904 et 1908.

L'usage des injections de paraffine comme moyen prothétique est venu consolider encore les espérances qu'il est permis de fonder sur la prothèse interne, et diviser cette méthode en deux systèmes dont la technique est bien différente : 1° la prothèse interne à l'aide d'appareils ; 2° la prothèse interne à l'aide de substances plastiques injectées dans les tissus ou foulées dans des cavités osseuses normales ou pathologiques. Le succès de la prothèse interne implique la possibilité de la tolérance indéfinie des tissus pour un corps étranger. L'auteur à la suite de ses recherches est arrivé aux conclusions suivantes : 1° la tolérance par l'organisme d'un appareil de prothèse interne est subordonnée, avant toute autre condition, à une asepsie rigoureuse ; 2° le périoste offre la plus large tolérance pour les corps étrangers ; un décollement de cette membrane n'excédant pas 3 ou 4 centimètres carrés n'entraîne aucune conséquence fâcheuse pour la nutrition de l'os sous-jacent ; 3° l'os tolère parfaitement la présence d'un corps étranger, à condition qu'il soit aseptique, absolument immobile, et fixé par des moyens qui n'aient intéressé le tissu osseux que suivant des sections très nettes, sans écrasement ; 4° les divers caoutchoucs colorés utilisés en prothèse dentaire sont indistinctement tolérés par les tissus. Il n'est pas nécessaire de choisir, pour construire un appareil, des métaux inaltérables par les liquides organiques, comme l'or et le platine.

L'argent, quoique attaquable par les milieux organiques, est particulièrement bien supporté par le tissu conjonctif. A ce point de vue, il constitue le métal de choix à utiliser pour la prothèse interne. Une des meilleures substances qu'on puisse employer en prothèse plastique pour les restaurations osseuses est constituée par l'alliage d'argent et d'étain, facilement stérilisable.

5° La fixation rigoureuse d'un appareil est la condition absolue de sa tolérance.

Quoi qu'il en soit, les différentes méthodes de prothèse restauratrice, dont la classification vient d'être exposée, répondent à la plupart des besoins de la pratique.

Les applications de la prothèse externe sont de beaucoup les plus nombreuses : prothèse vélo-palatine, des maxillaires, de la langue, du nez, du larynx, etc. La prothèse interne trouve des indications plus rares : elle a surtout été utilisée pour la restauration des pertes de substances de la voûte du crâne, pour les rhinoplasties sur charpente métallique, pour le comblement des cavités osseuses d'origine pathologique. (G. Lemerle, *La Clinique,* 31 décembre 1909.)

RÉUNIONS ET CONGRÈS

Ve CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL

Berlin 23-28 août 1909.

COMPTE RENDU

(Suite[1].)

Par Georges Villain, D. D. S.
Professeur suppléant à l'École dentaire de Paris.

IV. — Travaux des sections.

4° Section d'anesthésie (*suite*).

M. Rosenthal, de Paris : *Appareil pour l'anesthésie au chlorure d'éthyle.* — Cet appareil se compose essentiellement de deux réservoirs, l'un contenant du chlorure d'éthyle liquide dont on maintient la température à 30 ou 35° par l'emploi d'une source de chaleur constante, gaz ou électricité, ce qui fournit de la vapeur à une tension de 800 grammes par centimètre carré environ : l'écoulement de la vapeur peut être réglée par un robinet ; un manomètre fait connaître la pression et un dispositif spécial indique le débit par minute.

L'autre réservoir contient de l'oxygène comprimé; ce gaz, après avoir traversé un détendeur, agit comme le fait la vapeur sur un manomètre et sur un mesureur de débit.

Les tubes de dégagement de la vapeur et de l'oxygène aboutissent à un barboteur où leurs extrémités plongent d'une petite quantité dans une solution saturée de chlorure de calcium. A la sortie du barboteur, les deux gaz, qui sont complètement mélangés, sont conduits par un tube souple à un masque à anesthésie.

La disposition de l'appareil permet soit de faire respirer de la vapeur de chlorure d'éthyle seulement, soit un mélange de vapeur de chlorure d'éthyle et d'oxygène dans telle proportion qui paraît désirable et que l'on peut faire varier à volonté pendant le cours de l'opération, soit même de l'oxygène pur (Académie de médecine de Paris, 20 juillet 1909).

M. B. Sachse, de Leipzig : *Instrumentation aseptique pour l'injection sous-cutanée.* — Ce petit instrument consiste en une étroite base nickelée qui porte un récipient de verre épais muni d'un couvercle

1. V. *L'Odontologie* des 15 et 30 septembre, 15 et 30 octobre, 15 et 30 novembre, 15 et 30 décembre 1909, 30 janvier, 15 et 28 février, 15 mai 1910.

de nickel. A droite ou à gauche du récipient sont installés une lampe à esprit de vin et un piston de verre pour l'eau bouillie. Dans le récipient, qui doit être, conformément au but, rempli d'une solution phéniquée à 3 o/o ; un support en nickel, que l'on peut enlever, contient tous les appareils nécessaires à l'injection.

Lorsqu'on ouvre le couvercle du récipient de verre, les poignées mobiles du couvercle tombent et forment de solides soutiens pour le couvercle. Dans la rainure fixée sur le côté intérieur du couvercle s'applique exactement le support déjà mentionné, si bien qu'au moyen de la poignée on peut l'enlever facilement du liquide et le placer sur le couvercle qui sert de soutien, sans qu'une goutte de liquide mouille l'entourage. Quand l'injection est terminée on suspend de nouveau l'injecteur, la canule et le verre réactif dans le support qu'on replace dans la solution d'acide phénique. Lorsqu'on ferme le couvercle les deux soutiens retombent automatiquement sur celui-ci.

Pour avoir toujours à sa disposition des instruments à injection toujours aseptiques, il suffit donc de renouveler le liquide désinfectant tous les huit jours.

L'injecteur Simplex dont M. Braun se sert aussi exclusivement est joint à l'appareil.

Instrumentation pour injection sous-cutanée d'après Braun. — Braun a décrit minutieusement cet appareil dans la « Revue Allemande Dentaire mensuelle ». Il convient particulièrement aux cliniques.

Appareil pour narcose par le mélange chloroforme-éther d'après Braun. — L'appareil permet de faire respirer au patient des vapeurs de chloroforme et d'éther qui, au gré de l'opérateur, sont séparées ou mélangées. Pour les cliniques on fournit le même appareil mobile, monté sur une petite table de fer.

M. Guido Fischer, de Greifswald : *Anesthésie des nerfs conducteurs et de la muqueuse au moyen d'une solution de novocaïne.*

Pour les molaires supérieures l'auteur recommande de conduire l'injection de la tubérosité maxillaire au foramen palatin. Pour les dents supérieures antérieures l'anesthésie doit s'obtenir de la fosse canine et du foramen incisif. Au maxillaire inférieur l'injection doit se faire au foramen mandibulaire.

Pour les dents individuellement injection sous-muqueuse.

L'auteur recommande une solution de novocaïne-thymol à laquelle il ajoute 1-2 gouttes de suprarénine synthétique à 1/1000. L'anesthésie s'obtient au maxillaire supérieur après 10 minutes, au maxillaire inférieur il faut 15 à 20 minutes.

5° Section de chimie, physique, métallurgie.

M. Kulke, de Vienne : *Ciment au silicate.*

La discussion a été dirigée par le président, M. Birgfeld. Y pri-

rent part : MM. Appeer, Rhemmuther, Aufreeht, Nolschauer, Lazerus.

Il n'a été pris aucune résolution, mais il a été reconnu que le ciment constitue une bonne acquisition pour les obturations sans être appelé à remplacer l'or, l'émail et l'amalgame.

M. ROBERT RICHTER : *Série d'examens des ciments au silicate.*

Dans de précédents travaux l'auteur a déjà fait allusion au grand rôle que joue la température dans le processus de solidification du silicate de ciment. L'auteur ne peut plus observer maintenant des variations de température aussi grandes que celles encore constatées l'année dernière par Stanley Reed : 80° et 170° Fahrenheit.

La température de solidification des silicates de fabrications différentes ne différait que de quelques degrés centigrades. Mais dans le procédé chimique de la solidification les obturations de silicate développent aussi une chaleur propre. Pour établir cette chaleur dans les différentes fabrications de silicate l'élévation de température fut d'abord mesurée avec la température de la chambre, puis dans la bouche du patient en plaçant un thermomètre directement dans la cavité buccale de celui-ci. Ensuite, au moyen d'appareils ingénieusement conçus ayant autant que possible pour but de reproduire les conditions de la bouche, les mesures de température furent répétées en dehors de la bouche.

Les chiffres constatés à l'intérieur et à l'extérieur de la bouche concordaient à peu près.

Le chiffre moyen de l'augmentation de chaleur pendant la solidification n'était que de 2° centigrades, ce qui est vraiment extraordinaire.

Par les courbes on pourrait aussi se faire facilement une représentation de la qualité de ciment au silicate. Mais elles contribuent aussi à compléter et à expliquer les essais pour les examens de ciment au silicate, essais reproduits dans des travaux antérieurs de l'auteur.

M. Henry T. DRESCHFELD, de Manchester : *Les raisons de la durée inégale des ciments au silicate et au phosphate.*

L'auteur s'excuse de la manière technique dont il traite le sujet et rappelle l'œuvre accomplie par de nombreux Allemands dans la chimie des ciments, dont ils semblaient vouloir faire leur domaine propre. Ensuite il parle des particularités chimiques des ciments et des conditions de la bouche. Puis il compare les obturations de phosphates et de silicates de zinc et leur ressemblance individuelle quant à l'émail de la dent naturelle. En conclusion il dit que les raisons de la durée inégale des matières obturatrices plastiques, en relation avec la salive, sont dues plutôt à leur structure dense qu'à leur combinaison chimique. Naturellement il est entendu que les obturations de

ciment ont eu une période de solidification normale, et ont été plus tard de réaction neutre. Moins il y a d'uniformité dans la structure d'une obturation de ciment, et plus vite elle est attaquée par la salive.

M. C. Röse : *L'effet des sels de chaux sur la sécrétion de l'urine.*

1° L'eau froide produit une sécrétion d'urine plus abondante que l'eau chaude. Dans des cas particuliers l'eau froide seule exerce une telle stimulation sur la diurèse qu'elle ne pourra être surpassée par aucun autre moyen diurétique ;

2° L'eau contenant de l'acide carbonique produit un effet diurétique plus fort chez la plupart des hommes que l'eau ordinaire. L'effet de l'acide carbonique est seulement passager et se restreint aux deux premières heures ; à partir de la troisième heure l'augmentation d'urine fait souvent même place à une diminution d'urine ;

3° L'acide carbonique intégral des sources minérales naturelles a plus d'effet diurétique que l'acide carbonique contenu dans les eaux minérales artificielles ;

4° La chaux en combinaison avec l'acide carbonique, l'acide sulfurique, nitrique et muriatique produit dans la plupart des cas une augmentation d'urine considérable. L'effet diurétique est le plus fort avec les sources minérales naturelles contenant beaucoup de chaux et peu de soude, telles que les eaux de la source « Georges-Victor », des sources « Herst », « Kisocz » et « Ried » ;

5° Le phosphate de chaux et le lait n'ont, malgré leur richesse en chaux, pas d'effet diurétique, mais diminuant ;

6° L'effet diurétique du carbonate de magnésie n'est pas si sûr que celui des sels de chaux ;

7° De faibles solutions de sel ordinaire produisent une petite diminution, de faibles solutions de bicarbonate de soude, au contraire, une assez considérable réduction de l'activité diurétique. Comme les eaux carbonatées réduisent en même temps la quantité de l'acide dans l'urine, elles ne sont pas propres au traitement des malades souffrant de maladies des voies urinaires ;

8° L'eau contenant de l'acide carbonique augmente la quantité des acides dans l'urine ;

9° Les sels de chaux seuls sans addition d'acide carbonique diminuent un peu l'acide urique. Mais les sels de chaux dans une solution bicarbonatée (dans les eaux acidulées) augmentent même la masse des unités d'acide dans l'urine. La peur que l'urine ne devienne alcaline après addition de chaux n'est point fondée ;

10° Quand on fait prendre des sels de chaux les phosphates de l'urine diminuent considérablement. Les sels de chaux sont précisément des spécifiques contre la phosphaturie ;

11° Le lait et le carbonate de magnésie ne diminuent pas la masse de l'acide phosphorique de l'urine. Après avoir donné des doses de phosphate de chaux, spécialement de phosphate monocalcique, les phosphates de l'urine augmentent même beaucoup ;

12° L'augmentation de la chaux dans l'urine après des doses de sels à base de chaux est si petite qu'il n'y a pas à craindre d'effets secondaires, tels que la formation de calculs, etc.;

13° Les indications de E. Lehmann, qui prétend que par des doses de sels de chaux on peut arriver à une économie de soude dans le corps n'ont pas été vérifiées ;

14° Chez les obèses, les eaux gazeuses diurétiques riches en chaux diminuent le poids du corps, en dégageant les tissus de l'eau superflue.

M. Hahn, Jéna : *Nouvel appareil d'éclairage de la maison « Carl Zeiss » pour examiner la cavité buccale.*

L'appareil produit une projection lumineuse égale de 15 à 20 cm. de diamètre, parfaitement limitée et circulaire, sur l'écartement de la dernière lentille d'à peu près 1 m/m.

Cette lumière est absolument blanche ; la source lumineuse est un arc voltaïque qui luit dès le contact du commutateur et que l'on peut employer partout où l'on peut se procurer un courant électrique de 100 à 200 volts. L'intensité extraordinaire de lumière est un précieux moyen de diagnostic. Elle est si forte que, si elle est utilisée par le miroir à bouche, on peut trouver la plus petite carie, sans importuner le patient avec la sonde. On peut employer aussi cet appareil comme lampe à microscope, surtout pour l'éclairage des surfaces sombres.

M. Reinmöller, de Rostock : *Photographie Röntgen en clientèle avec démonstration des photographies Röntgen.*

Discussion : MM. Birgfeld, Cieseynski, Münster, Reinmoller, Scheuer.

M. Th. Gassmar : *Examen chimique des dents.*

Selon les examens chimiques de l'auteur, les deux hypothèses d'après lesquelles les caries dentaires dépendent, d'une part, d'un manque de chaux, d'autre part d'un contenu minime de fluor, sont attaquées. Il en résulte que les dents d'animaux (dents de chien), très résistantes, possèdent beaucoup moins de chaux que les dents des hommes, et que, au contraire, dans l'organisme, suivant l'analyse des dents de sagesse, il y a plutôt tendance à augmentation de la chaux. Au contraire, les dents de chien montrent un contenu beaucoup plus grand de substance organique, tandis que dans les dents humaines, spécialement dans les dents de sagesse, ce contenu diminue de façon essentielle. D'autres variations dans le contenu se présentent encore pour les composés de phosphore, potasse, sodium, chlore.

M. IMMELMANN, de Berlin : *Projections de photographies Röntgen du domaine de la chirurgie dentaire.*

Le dentiste a souvent l'occasion de se servir des clichés Röntgen

A. Pour constater la présence :

1° De dents retenues dans les maxillaires (volume et position) ;

2° De restes de racines ;

3° D'abcès (place, forme à la pointe de la racine) ;

4° Pour constater la fracture d'une dent ;

5° Pour trouver la pointe d'un tire-nerf cassé dans le canal.

B. Pour se rendre compte de l'étendue et profondeur des obturations et de la condition de la dent sous les obturations.

C. Pour empêcher l'éventualité de névralgies occasionnées par une exostose ou des corps étrangers.

(Projection des clichés correspondants.)

(A suivre.)

CONGRÈS DE TOULOUSE

Comité local.

Séance du 21 *mai* 1910.

En vue de constituer le Comité local du prochain Congrès, M. Maurice Roy s'est rendu à Toulouse le 21 mai ; il avait convoqué les confrères de Toulouse et de la région à une réunion qui s'est tenue à 9 heures du soir au café des Américains et qui avait été précédée d'un dîner amical offert à M. Roy par le *Syndicat des dentistes du Midi.* De nombreux confrères, tant de Toulouse que des environs, étaient venus à cette réunion, qui a eu le plus brillant succès.

M. Bonnet, président du *Syndicat des dentistes du Midi,* a ouvert la séance en remerciant M. Roy d'être venu à Toulouse et en l'assurant à l'avance qu'il trouverait auprès de tous ses confrères le plus chaleureux appui.

M. Roy a alors fait l'historique de l'A. F. A. S. et indiqué le but qu'elle poursuit. Il a exposé l'histoire des Congrès dentaires nationaux et leur affiliation à l'*Association française pour l'avancement des sciences ;* il a rappelé le grand succès des réunions tenues chaque année par les dentistes, succès qui a fait de la *Section d'Odontologie* une des plus brillantes de l'Association. Il a montré l'importance des Congrès pour les dentistes en raison de l'évolution continuelle de la science odontologique et il a exprimé l'espoir que le Congrès de

Toulouse serait des plus réussis, grâce au concours des dentistes de la région. Il a félicité ceux-ci de la bonne harmonie qui régnait entre eux tous et leur a dit combien il était heureux de constater un aussi bon accord parmi les confrères toulousains.

M. Roy, en terminant, invita l'assistance à constituer un Comité local.

Cette proposition fut adoptée à l'unanimité et, sur la proposition de M. Nux, le Bureau fut constitué avec le bureau du *Syndicat des dentistes du Midi*, c'est-à-dire :

M. Bonnet, *président*,

M. Pujol, *secrétaire*,

M. Duchesne, *trésorier*.

Puis un échange de vues eut lieu au sujet de l'organisation du Congrès.

M. Roy ayant manifesté le désir de donner une large place, si possible, aux démonstrations pratiques, M. Chemin proposa de faire celles-ci dans les salles du Bureau de Bienfaisance auquel il était attaché et où il sera possible de faire une installation très convenable et d'avoir de nombreux malades.

Cette proposition a été adoptée.

M. Roy a remercié les nombreux confrères qui avaient bien voulu répondre à son appel et dont certains n'avaient pas craint de faire un long trajet pour venir comme MM. Bohl (de Castres), Grazide (de Saint-Gaudens), Richard-Chauvin, père (de Tarbes), etc. Il a assuré ses confrères qu'il ferait tous ses efforts pour organiser un Congrès intéressant et utile.

La séance a été levée à minuit.

Nous ne voudrions pas terminer ce rapide compte rendu sans remercier encore le *Syndicat des dentistes du Midi* de l'accueil si sympathique qu'il a bien voulu nous faire. Nous remercions aussi tous les excellents confrères que nous avons retrouvés à Toulouse, comme MM. Nux, Duchesne, Bohl, notre vieil ami Richard-Chauvin, père, venu exprès de Tarbes, où il est retiré et en particulier nos amis Chemin et Houdié qui s'étaient mis aimablement à notre entière disposition.

M. R.

Comité d'organisation du Congrès.

Nous sommes heureux d'annoncer que le *Cercle Odontologique de France* a accepté de faire partie du Comité d'organisation du Congrès de Toulouse.

Rapports au Congrès.

MM. H. Masson et Raymond Lemière ont bien voulu se charger

du rapport à présenter au Congrès sur la première question à l'ordre du jour :

Avantages et inconvénients des bridges en rapport avec leur construction.

Rappelons que les autres rapporteurs sont M. Siffre : *La denture préhistorique* et M. Fourquet : *Le rôle du dentiste dans l'hygiène scolaire.*

Réunions communes de sections.

Nous avons déjà annoncé que la Section d'Odontologie et la Section d'Anthropologie tiendront une séance commune pour la discussion du rapport de M. Siffre.

Le Comité d'organisation du Congrès a pensé qu'il serait également intéressant que le rapport de M. Fourquet put être l'objet d'une discussion commune avec la section d'hygiène. M. Roy a soumis cette proposition à M. Maurel, président de la dite section, qui l'a acceptée, en sorte que nous pourrons, dans cette séance commune, d'une part, montrer aux membres de l'A. F. A. S. qui s'occupent des questions d'hygiène l'importance de l'hygiène dentaire et buccale et, d'autre part, recevoir de ceux-ci les indications utiles que pourra leur suggérer leur compétence au sujet de la vulgarisation de cette hygiène et des mesures générales qu'elle comporte.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

NOTE SUR LE SERVICE DENTAIRE DANS LES LYCÉES

D'APRÈS LA CIRCULAIRE DU 23 MARS 1908

Un de nos confrères nous a adressé le questionnaire suivant avec prière d'y répondre. Nous lui avons fourni les réponses ci-après qui, croyons-nous, offrent de l'intérêt pour nos lecteurs. C. G.

1° Le proviseur peut-il obliger tous les internes du lycée à se faire soigner uniquement chez le dentiste traitant ?

RÉP. — *Non. Le libre choix du dentiste traitant est laissé aux parents.*

2° Peut-on refuser à des élèves de se faire soigner par le dentiste-inspecteur, si les parents exigent que leurs enfants ne soient conduits que chez ce dentiste ?

RÉP. — *Même réponse que ci-dessus.*

3° Lorsque les élèves sont conduits chez un dentiste pour y recevoir des soins, ils doivent toujours être accompagnés par un garçon du lycée. Le proviseur peut-il se refuser à faire accompagner un élève (par un garçon) chez un dentiste *désigné par les parents* qui n'est pas le dentiste traitant ? Peut-il, dans ce cas, exiger que les parents viennent eux-mêmes chercher leur enfant, chaque fois qu'il devra se rendre chez leur dentiste habituel ?

RÉP. — *Il ne nous semble pas que le proviseur puisse s'y refuser pour le motif donné ci-dessus. Toutefois, c'est une question de convenance administrative.*

4° A. Un élève est pris subitement de douleurs dentaires ; doit-il être conduit chez l'inspecteur ou le traitant ? B. Les parents sont-ils obligés dans ce cas de payer des honoraires au dentiste qui aura soulagé leur enfant ?

RÉP. — A. *Chez le dentiste traitant.*
B. *Oui, cela est évident.*

5° A. Quel est le dentiste qui doit soigner le personnel domestique

du lycée ? B. Ce personnel a-t-il le droit d'exiger des soins gratuitement ?

Rép. — A. *Le dentiste traitant.*

B. *La question n'est pas résolue et elle est du ressort de l'administration du lycée.*

6° Le dentiste traitant est-il désigné officiellement ?

Rép. — *Oui, le plus souvent.*

7° Y a-t-il un tarif spécial qui doit être appliqué par le dentiste traitant, ou le dentiste chez lequel est conduit l'enfant ?

Rép. — *Non, car ce tarif est variable suivant les régions.*

8° Quel est, en moyenne, le traitement annuel, accordé au dentiste-inspecteur ? Ce traitement est-il variable suivant les lycées ?

Rép. — *En général c'est de* 1 *à* 2 *francs par inspection d'enfant, soit* 2 *à* 11 *francs par an et par enfant ; mais il peut être alloué une indemnité annuelle à peu près sur ces bases.*

9° A. Quel est exactement le rôle du dentiste-inspecteur ? B. A quelles époques déterminées, doit-il procéder aux deux inspections réglementaires.

Rép. — A. *Ces indications sont données par la circulaire ministérielle du* 23 *mars* 1908 *publiée dans* L'Odontologie *du* 15 *avril* 1908, *ainsi que dans les articles de M. Roy, de M. Lamy, de M. Godon, etc, qui ont suivi ;*

B. Au début et dans le milieu de l'année scolaire.

JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE

La Commission syndicale de l'A. G. S. D. F. nous communique le jugement suivant, qui est de nature à intéresser nos lecteurs.

COUR DE CASSATION (Ch. crim.)

Présidence de M. BARD, président.

Audience du 16 décembre 1909.

DENTISTE. — SOCIÉTÉ EN PARTICIPATION. — PATENTE.

L'inscription au rôle des patentes au 1er janvier 1892 est, pour un dentiste non diplômé, le seul mode de preuve légal de l'exercice antérieur de sa profession lui permettant d'invoquer le bénéfice de la disposition transitoire de l'article 32 de la loi du 30 novembre 1892.

Dans une société en participation, l'un des associés, non diplômé, ne peut invoquer le bénéfice de l'inscription de son co-associé.

Le procureur général près la Cour d'appel de Douai et M. B. ont formé un pourvoi en cassation contre un arrêt de la Cour de Douai, rendu le 13 juillet 1909 au profit de M. X.

La Chambre criminelle, après avoir entendu le rapport de M. le conseiller Roulier, les plaidoiries de *Mes Raynal* et *Tétreau*, a, contrairement aux conclusions de l'avocat général Lénard, statué en ces termes :

La Cour :

Sur le moyen unique pris de la violation et fausse application des articles 2, 16 à 18, 32 de la loi du 30 novembre 1892, 49 du Code de commerce, 1328, 1341, 1347, 1834 du Code civil, 154 et 189 du Code d'instruction criminelle, en ce que l'arrêt attaqué a reconnu le droit d'exercer l'art dentaire à un individu non diplômé, sous le prétexte qu'il résultait des circonstances de la cause et, au besoin, d'un commencement de preuve par écrit, qu'il était associé en participation du 1er janvier 1892 avec un dentiste inscrit au rôle de la patente, alors que la réalité de cette association ne pouvait être établie que par un acte écrit ayant date certaine :

Vu lesdits articles ;

Attendu qu'aux termes de l'article 2 de la loi du 30 novembre 1892, nul ne peut exercer la profession de dentiste s'il n'est muni d'un diplôme de docteur en médecine ou de chirurgien-dentiste ; que si l'article 32 de la même loi maintient à tout dentiste, même non muni d'un diplôme, le droit d'exercer l'art dentaire, c'est à la condition expresse qu'il justifie de son inscription au rôle des patentes au 1er janvier 1892 ; et que cette inscription à la date précitée, est, pour un dentiste non diplômé, le seul mode de preuve légal de l'exercice antérieur de sa profession lui permettant d'invoquer le bénéfice de la disposition transitoire dudit article 32 ;

Attendu, il est vrai, qu'on admet que, dans une Société en nom collectif, l'associé secondaire affranchi de l'impôt par la loi du 15 juillet 1880, sur les patentes, et ayant joui d'une faveur qui lui a été garantie par la loi, conserve le droit de pratiquer l'art dentaire, s'il établit qu'il faisait partie d'une Société formée antérieurement au 1er janvier 1892 et justifie qu'à cette date son associé principal était inscrit au rôle des patentes ; que, dans ce cas, l'inscription de l'associé principal équivaut à sa propre inscription ; mais qu'on ne saurait étendre le bénéfice de cette interprétation aux associations en participation qui ne comportent pas, en effet, comme les Sociétés en nom collectif, au regard de la loi du 15 juillet 1880, de distinction entre un associé principal et des associés secondaires ; que, dans ce cas, chaque associé dentiste non diplômé, ne pouvant plus se prévaloir de l'inscription d'un coassocié, doit avoir été personnellement inscrit au rôle des patentes au 1er janvier 1892, pour pouvoir invoquer l'article 32 précité ;

Attendu, en fait, qu'il résulte des constatations et appréciations de l'arrêt attaqué, que le défendeur X était l'associé de son frère Y, lequel était patenté ; que l'arrêt a admis que cette association était une Société en participation et qu'il a renvoyé X des fins de la poursuite, en le faisant bénéficier de l'inscription au rôle des patentes de son associé Y ; en quoi ledit arrêt a violé les articles 2 et 32 de la loi du 30 novembre 1892 ;

Par ces motifs ;

Casse...

Observations. — Aux termes de l'article 20 de la loi du 15 juillet 1880 sur les patentes, les associés secondaires des sociétés en nom collectif ne paient qu'une part du *droit fixe* afférent à la profession, et sont complètement affranchis du *droit proportionnel*. Il en est de même pour les sociétés en commandite où les gérants sont considérés comme les associés principaux d'une société en nom collectif.

Mais, comme la profession de dentiste est inscrite au tableau D et assujettie seulement au droit proportionnel, l'associé principal d'un cabinet dentaire est seul inscrit à la patente, et les associés secondaires ne peuvent figurer nominativement sur les rôles de cette contribution. C'est pourquoi un avis du Conseil d'Etat du 14 mars 1895 (*Journal des Parquets,* 1895, 3e partie, p. 95) et un arrêt de la Chambre criminelle du 24 novembre 1905 (*Rec. Gaz. des Tribunaux,* 1906, 1er sem., 1.157) ont admis que l'associé secondaire d'un cabinet dentaire, justifiant d'une association formée antérieurement au 1er janvier 1892, pouvait bénéficier de la patente de son associé principal et profiter ainsi de la disposition transitoire de l'article 32 de la loi du 30 novembre 1892.

L'arrêt publié ci-dessus refuse ce bénéfice à l'associé en participation. Cette décision paraît rigoureuse si l'on considère que la participation est une société de pur fait, qui n'est pas soumise aux modes de preuve prévus par la loi civile ou commerciale, et dont les asso-

ciés secondaires ne sont presque jamais inscrits, en fait, aux rôles de la contribution des patentes.

La décision de la Cour suprême, qui paraît inspirée surtout par le désir d'éviter des fraudes possibles, a pu être déterminée par cette considération que, en droit fiscal, l'associé de pur fait ou en participation peut être assujetti à la patente d'associé : Conseil d'Etat, 7 décembre 1888 (Lebon, p. 933); idem. 15 juillet 1901 (Lebon, p. 640); Table des arr. du Conseil (1895-1904, p. 622, nos 2068 et suiv.). (*Le Droit*, 5 février 1910.)

Condamnation.

Le tribunal des Shériffs de Glasgow a condamné un dentiste de la ville à 2500 francs de dommages-intérêts pour avoir fracturé la mâchoire d'un patient auquel il extrayait 17 dents.

(*Westminster Gazette.*)

NOUVELLES

Association des dentistes du Canada.

La cinquième réunion biennale de l'Association dentaire canadienne aura lieu à Toronto, les 31 mai, 1, 2 et 3 juin 1910. La présence de conférenciers de réputation mondiale et le succès indéniable des réunions passées ne pourront manquer d'attirer à celle-ci une assistance considérable de toutes les parties du Canada.

Les dentistes canadiens de langue française se souvenant d'avoir rencontré à ces réunions des maîtres de la profession, en France, seront heureux de voir, à Toronto, leurs confrères d'Europe, où ils apporteront aux délibérations leur quote-part de savoir et d'expérience.

Le Bureau est composé de MM. Webster, *président*; Cowan, *vice-président ;* Gendreau, *secrétaire-trésorier.* Le Comité local, de MM. Nolin, Franchère, Beauchamp et Dubeau.

Service dentaire hospitalier en Autriche.

Le 16 avril a été inauguré un service dentaire hospitalier fondé par la ville d'Insprück, à l'instigation du professeur Mayrhofer de l'Université, qui en a la direction. Il est rattaché à l'Institut dentaire de l'Université de la ville et est le premier service hospitalier pourvu de lits qui soit consacré en Autriche exclusivement à la dentisterie.

Hygiène dentaire scolaire.

La deuxième clinique dentaire scolaire de Berlin a été ouverte officiellement le 8 mai.

Exemple à suivre.

Un bienfaiteur anonyme vient de faire don à l'Association dentaire britannique de 200.000 livres sterling (5 millions de francs) pour l'organisation de l'hygiène dentaire nationale en Angleterre. Des cliniques doivent être créées dans tout le pays pour éclairer la population sur l'importance d'avoir de bonnes dents et assurer aux enfants pauvres des écoles des soins dentaires gratuits ou tout au moins à très bas prix.

Les mécaniciens-dentistes autrichiens.

La Chambre des députés d'Autriche a reçu une délégation nombreuse comprenant des représentants de toutes les sociétés de mécaniciens-dentistes d'Autriche qui venaient demander la prompte discussion du projet de loi du Gouvernement relatif à l'exercice de la mécanique dentaire. La députation a été reçue également par le Ministre de l'Intérieur.

La maison des dentistes à Berlin.

La souscription pour la création de la maison des dentistes à Berlin atteint déjà 34.000 marks. Cette maison servira non seulement aux réunions des sociétés professionnelles, mais contiendra aussi des collections pour l'enseignement et une bibliothèque ; il y sera fait également des cours de perfectionnement. Un laboratoire d'essai de toutes les nouveautés y sera installé, laboratoire dans lequel seront enseignées les méthodes de recherches par des cours de perfectionnement. Un bureau permanent y centralisera tous les renseignements professionnels ou scientifiques.

Ecole dentaire au Japon.

Nous apprenons la création d'une école dentaire à Kyoto (Japon). Son directeur est M. Fusasaburo Noka.

Ecole dentaire de Paris.

Rappelons que le concours pour deux postes de professeur suppléant de dentisterie opératoire spécialement attachés aux démonstrations pratiques est fixé au samedi 25 juin 1910.

Erratum.

Nous avons omis de dire dans notre dernier numéro (p. 459) que c'est *avec les félicitations du jury* que M. H. Villain a été nommé professeur suppléant de bridges et couronnes.

30e ANNÉE. N° 11 15 JUIN 1910 VOL. XLIII

L'ODONTOLOGIE

L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

TRAVAUX ORIGINAUX

QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR UN CAS D'ANÉVRISME DE L'ARTÈRE DENTAIRE INFÉRIEURE

Par M. ETCHEPAREBORDA (de Buenos-Ayres).

Dans un des hôpitaux de Buenos-Ayres il est mort un jeune sujet à la suite de l'extraction d'une dent ; je ne veux pas laisser passer sous silence sa courte histoire, car elle renferme des particularités qui intéresseront sûrement tous les praticiens.

La cause de cette mort, un anévrisme de l'artère dentaire inférieure, est heureusement une maladie fort rare, et dont l'étude est presque absolument négligée tant dans les traités de chirurgie générale que dans les ouvrages spéciaux de chirurgie dentaire.

Il serait très désirable que ces traités consacrent un chapitre à cette maladie pour que les dentistes connaissent ses manifestations, afin d'éviter qu'il ne puisse se produire dans les cabinets de consultations des accidents aussi soudains que graves. De plus, en établissant le diagnostic de bonne heure, on pourra, par une intervention hâtive, éviter les funestes conséquences de la maladie.

J'ai en vain cherché dans les ouvrages et dans les revues ces cas d'anévrismes du maxillaire, je n'ai pu trouver que ceux décrits par Delestre dans son livre classique sur les accidents de l'extraction des dents, or, la ressemblance de ces cas est telle et les manifestations de la maladie sont si

frappantes et si claires qu'après la lecture de leur histoire on est tout préparé pour faire le diagnostic dans ces anévrismes.

Le lendemain de la mort du malade, sujet de cet article, je fus invité à voir la pièce anatomique qu'on avait soigneusement recueillie pour l'étude. On me donna, en me la montrant, quelques détails cliniques, surtout sur la façon dont l'hémorragie s'était produite, et c'est alors que je formulai mon opinion sur la nature de la maladie : cette opinion fut plus tard confirmée par l'examen de la pièce.

Avant de décrire l'histoire de ce cas je dois exprimer ma reconnaissance au Dr Susini, prof. d'anatomie-pathologique de notre Faculté, au Dr Allende, prof. de clinique médicale, et au Dr Roffo, chef des travaux pratiques d'anatomie pathologique, qui se sont empressés de me donner tous les renseignements, et qui ont eu l'obligeance de me prêter le maxillaire pour l'étudier.

Observations. — Un jeune sujet de dix-sept ans, fermier, entra à l'Hôpital National des cliniques pour se faire soigner. Ses antécédents héréditaires et personnels jusqu'au commencement de la maladie qui l'amena à l'hôpital sont excellents. Ses parents et ses frères sont sains, et lui a joui d'une bonne santé.

Il se plaint de douleurs et de sensation de brûlure au niveau des dernières grosses molaires inférieures du côté gauche, de lassitude générale, de fatigue musculaire, de dyspnée et de vertiges au moindre effort.

Il attribua la cause de sa faiblesse à des hémorragies qui depuis un an et à des intervalles irréguliers, mais presque de mois en mois, se produisent au niveau de la deuxième grosse molaire inférieure gauche. Ces hémorragies, au dire du malade, ne furent jamais considérables, ni par la durée ni par la quantité. Le malade disait que le sang sortait de sa dent. Dernièrement ces phénomènes se produisant avec des douleurs et une sensation d'allongement, il décida de faire extraire la dent coupable. L'opération eut lieu à la campagne. Après l'extraction il se produisit une hémorragie si considérable que le dentiste abandonna l'infortuné malade sur le parquet, le croyant mort. Certes l'hémorragie s'arrêta par syncope. Mais l'écoulement du sang ayant repris, quoique en quantité modérée, un médecin lui conseilla de venir à Buenos-Ayres, ce qu'il fit huit jours après l'extraction. A son arrivée à l'hôpital on remarque sur le facies de ce malade une pâleur extrêmement marquée. Toute la peau, spécialement, celle

des mains, les conjonctives et la muqueuse buccale sont aussi très pâles.

Le pouls est mou, rythmique régulier, 120 pulsations par minute. Les bruits du cœur affaiblis. Dans le cou, les battements artériels sont visibles. Depuis le condyle gauche de la mâchoire supérieure jusqu'à l'articulation claviculaire externe du même côté on perçoit un trille avec renforcement systolique et à l'auscultation on entend un souffle avec les mêmes caractères.

Le malade entra à l'hôpital, comprimant entre ses dents un tampon de gaze pour empêcher le sang de sortir. Quand l'interne de service s'approcha pour l'examiner, comme il se disposait à retirer la gaze, le malade lui dit : « Si vous ôtez le tampon, je vous inonderai de sang. »

En effet, la tentative de l'extraction de la gaze produisit la perte d'un demi-litre de sang. On dut faire un nouveau tamponnement pour arrêter l'hémorragie. Mais on ne pouvait pas laisser le malade dans cet état, car il ne pouvait ni se nourrir, ni reposer ni dormir ayant sa bouche et sa gorge remplies de caillots. Il fallait l'examiner aussi pour faire le diagnostic. On décida alors d'intervenir en prenant toutes les précautions possibles.

On releva préalablement les forces du malade avec des injections de caféine, de sérum, etc.

On fit presque sans perte de sang et avec l'anesthésie à la stovaïne la ligature de la carotide externe et on embrassa avec une anse, la carotide primitive, qu'un aide devait serrer pour le cas où la ligature de l'externe ne suffirait pas à contenir l'hémorragie.

Après la ligature de la carotide externe, on fit ouvrir la bouche au malade. Le desserrement du tampon provoqua une nouvelle hémorragie et, quoique l'aide serrât rapidement le fil qui embrassait la carotide primitive, le sang continua à sortir avec la même violence.

On y fit le tamponnement, mais le coma survint, et, sans convulsions, et malgré tous les efforts pour le ranimer, le malade mourut dix minutes après.

Pour faciliter l'examen anatomo-pathologique du maxillaire et des tissus environnants, on injecta les artères de la moitié gauche de la tête. Voici le résultat de mon examen :

L'os maxillaire est très volumineux, il mesure du bord inférieur au bord tranchant des incisives centrales 4 c. 5 millimètres.

L'arcade alvéolaire est garnie de dents intactes et très belles.

Les dents de sagesse n'ont pas fait leur apparition, elles sont logées dans une coque, moitié osseuse, moitié fibreuse, et recouvertes d'une muqueuse saine et résistante.

On remarque l'absence de la deuxième grosse molaire gauche. La muqueuse en ce point paraît aussi normale et sans déchirures.

Par l'alvéole vide, on perçoit le fond d'une cavité couverte d'une

masse rougeâtre, composée de caillots et de cire de l'injection.

Superficiellement l'os a du côté malade, une différence très peu sensible d'épaisseur comparativement au côté opposé ; mais une coupe transversale des deux côtés du maxillaire, au niveau de la deuxième grosse molaire, révèle des variations très remarquables.



1 Dent de sagesse.
2 Branche gauche du maxillaire inférieur.
3 Apophyse coronoïde.
4 Canal de l'artère dentaire.
5 Canal du nerf dentaire.
6 Portion basilaire du maxillaire.

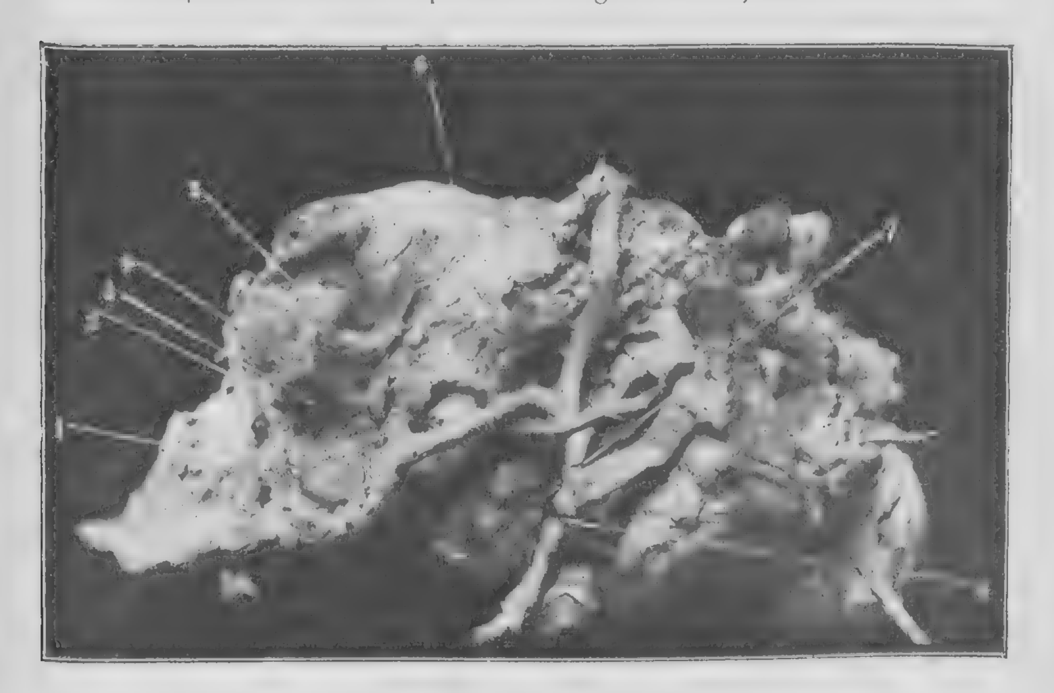
Du côté droit, l'os est sain, le tissu compact est très solide, le tissu spongieux a une coloration jaunâtre. Du côté gauche, le canal dentaire n'existe pas, on trouve à sa place une vaste cavité qui s'étend depuis l'épine de Spix jusqu'à la portion distale de la première petite molaire, ayant le maximum de dilatation au-dessous des racines de la première et de la deuxième grosses molaires. En ce point, la cavité mesure 1 centimètre 3 millimètres de hauteur pour 7 millimètres de largeur. A son origine le renflement a 7 millimètres de hauteur et 5 millimètres de largeur.

En avant des grosses molaires, ce canal, toujours large, s'infléchit vers la table interne, en décrivant une courbure.

On peut se rendre compte tout de suite que le processus pathologique a intéressé principalement le tissu spongieux de la portion basilaire de la mâchoire.

Les deux tables du tissu compact sont très épaisses, la table externe mesure 5 millimètres, et l'interne 4 millimètres. Avec une forte loupe on voit les lésions qui caractérisent l'ostéite raréfiante : le tissu osseux est plein de saillies et de dépressions, qui varient de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'une lentille.

Ces petites cavités sont pleines de la gelée de l'injection.



1 Portion basilaire du maxillaire.
2 Tissu compact du maxillaire.
3 Cavité anévrismale.
4 Extrémité de la racine de la première grosse molaire ouverte dans la cavité anévrismale.
5 Première grosse molaire gauche.
6 Langue.
7 Carotide externe liée.
8 Carotide primitive permettant de voir la ligature.

L'examen histologique fait par le Dr Roffo montre le tissu osseux avec de larges trabécules recouvertes en certains points par une couche endothéliale.

Les racines de la première grosse molaire qui limitent à la partie supérieure la vaste ouverture ont souffert aussi de modifications d'ordre pathologique. Elles sont rongées du haut en bas et de dedans en dehors. Ces lésions ont l'apparence de celles des ostéites raréfiantes des dents temporaires.

Je n'ai pas vu la deuxième grosse molaire qui est restée probablement chez le dentiste qui pratique l'extraction mais il est bien probable que ces racines avaient également un degré avancé d'usure. En enlevant la première grosse molaire et en regardant d'arrière en avant par l'ouverture osseuse, on voit la racine de la deuxième petite molaire en haut et en dehors avec un commencement de destruction. Les alvéoles de toutes ces dents sont très incomplets et sont très intéressés par le processus de destruction.

Depuis son origine l'artère dentaire est très dilatée et flexueuse; elle est deux ou trois fois plus large que d'ordinaire. Elle représente la forme d'une S, mais c'est après qu'elle a traversé l'épine de Spix que ces altérations deviennent remarquables. Une fois engagée dans l'épaisseur du maxillaire, elle acquiert un volume énorme. Les parois des tuniques sont épaissies et on peut les suivre jusqu'au niveau de la deuxième grosse molaire ou les membranes disparaissent.

Au fond de la cavité en bas et à droite on voit le rameau incisif et à gauche l'artère mentonnière. Le maxillaire de ce sujet présente encore une autre particularité anatomique; le nerf dentaire a un canal spécial complet situé en dessous du canal artériel et on peut voir cette disposition des deux côtés [1]. Je ne m'attarderai pas plus longtemps sur les particularités anatomiques; les photographies qui accompagnent ce travail complèteront cette description.

Des faits qui précèdent on peut déduire le danger auquel on s'expose si, sans porter de diagnostic, ainsi que malheureusement on le fait tant de fois, on a recours à l'extraction comme le seul moyen thérapeutique pour le traitement de toutes les maladies des dents.

Il est vrai qu'un anévrisme du maxillaire n'est pas une maladie commune, mais il n'est pas moins vrai aussi que cette maladie se présente de façon à éveiller des soupçons en apportant tout de suite à l'esprit l'idée de la présence d'une maladie insolite. Je veux rappeler brièvement les manifestations cliniques qui peuvent servir de base pour le diagnostic des anévrismes de l'artère dentaire inférieure, et indiquer un moyen fort simple d'arriver avec certitude à l'établir.

1. Dans la *Revue de Stomatologie* de novembre 1909, on peut lire l'histoire d'un cas rapporté par le Dr Delaunay à la Société de Stomatologie, cas dans lequel le nerf dentaire était compris dans un trou que formaient les racines de la dent de sagesse. Donc l'artère et le nerf avaient chacun un canal propre car l'auteur ne dit rien de l'écoulement sanguin qui aurait été très grave si l'artère eût été logée dans le même canal que le nerf.

Tout d'abord je ferai remarquer l'analogie des cas de Rufz et d'Heyfelder avec celui que j'étudie.

Dans tous les trois un symptôme est suggestif et prédominant : l'hémorragie. Cette hémorragie est spontanée, périodique, et persistante, une fois survenue au point d'épuiser les forces des malades, en un mot c'est une hémorragie comme on n'en observe jamais dans les affections buccales ordinaires.

La sortie brusque et en grande quantité du sang après l'extraction d'une dent n'est pas un signe suffisant pour caractériser l'existence d'un anévrisme ; elle peut se produire dans ces conditions par la blessure de l'artère mylohyoïdienne (Cryer) de la linguale (Colyer), et par une anomalie de disposition du canal dentaire et de la racine des dents : les tissus dentaires, le cément surtout enveloppant ou formant un canal à l'artère dentaire qui se déchire fatalement au moment de la sortie de la dent (cas de Röse, de Fribourg, et cas très récent du professeur Vorslund-Kjaer publié dans le *Dental Cosmos* d'octobre 1908).

La forme de l'hémorragie éloignait en notre cas l'idée d'une hémophilie, car chez les hémophilies le sang sort toujours en nappe et sa sortie ne met pas tout d'un coup la vie en danger.

Les mouvements pulsatifs qui se produisent toujours aux environs des anévrismes ont été observés dans le cas de Rufz et d'Heyfelder.

Il est à regretter que notre sujet n'ait pas été examiné par un praticien instruit qui eût pu constater la présence ou l'absence de ce symptôme. Mais nous devons rappeler que le malade dit aux internes des cliniques que sa dent s'allongeait et qu'elle lui faisait mal, d'un autre côté, si nous avons présentés à l'esprit les altérations profondes du tissu osseux et si nous songeons que les deux grosses molaires reposaient sur des alvéoles incomplets, nous avons tout droit de supposer qu'il se produisait dans la zone malade des pulsations isocrones avec la systole cardiaque.

Ce mouvement pulsatif aurait pu être perçu par la vue, par le tact, et même enregistré par un tambour de Marey.

Heureusement nous avons dans la radiographie un excellent moyen de diagnostic. Soupçonnant par le fait clinique l'existence d'un anévrisme, la radiographie nous montrerait avec les plus minutieux détails les lésions osseuses.

Que devons-nous faire en présence d'un malade qui vient nous consulter avec un anévrisme de l'artère dentaire, et qui est affaibli par le sang qui s'écoule petit à petit à travers la gencive?

Nous avons vu le danger de toucher les dents comprises dans la zone malade. L'étendue des lésions de l'artère même empêche de penser à un traitement local. La ligature de l'artère dentaire à son origine serait une opération très grave et absolument inutile.

Nous savons déjà à quoi nous en tenir sur la valeur de la ligature de la carotide externe pour arrêter les hémorragies buccales. Presque toujours c'est un moyen peu sûr, car l'hémorragie se maintient par les anastomoses artérielles.

Rosenthal, dans sa thèse sur les hémorragies consécutives à l'extraction des dents, rapporte trois cas de ligature de la carotide pour des hémophilies. De ces trois cas un seul fut couronné de succès. Pour ma part je connais deux exemples sans aucun résultat.

En tout cas ce ne serait qu'un moyen palliatif.

J'aurais beaucoup plus de confiance pour traiter une hémorragie alvéolaire dans l'injection sous-cutanée de sérum gélatiné avec lequel je connais de véritables résurrections dans des circonstances où tout autre moyen avait échoué.

Si j'avais à traiter un cas d'anévrisme de l'artère dentaire inférieure, je conseillerais la résection de la portion affectée du maxillaire, suivie de prothèse immédiate. C'est sans doute une opération très sérieuse et qui laisserait pour toujours une déformation considérable, mais c'est la seule qui, à mon avis, puisse offrir des chances de guérison radicale.

La radiographie servirait ici encore à guider le chirurgien sur l'étendue de l'intervention.

LE PROBLÈME DE L'ARTICULATION

Par Alfred Gysi, D. D. S.,
Professeur à l'École dentaire de l'Université de Zurich

Traduction de M. L. Monet, de La Chaux-de-Fonds (Suisse).

(Suite [1].)

CHAPITRE VI

Considérations pratiques sur les arcades dentaires.

La principale condition nécessaire à la stabilité des pièces de prothèse est que les molaires spécialement doivent être placées exactement sur les bords alvéolaires (Voir fig. 57 et fig. 83) : ce n'est que de cette façon qu'on évitera de voir les appareils se déplacer en mordant ; la meilleure succion ne peut empêcher ce défaut si les dents sont mal placées.

Pour arriver à placer les molaires de cette façon, il est

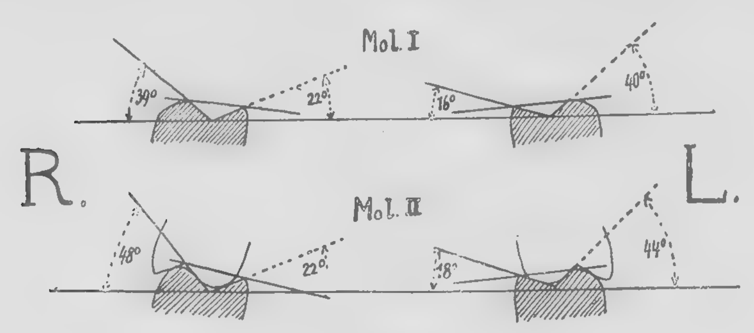


Fig. 68.

R. Droite.
L. Gauche.

rare que l'articulation soit anatomiquement exacte et il est très souvent nécessaire de placer ces dents en articulation croisée (overbite) soit d'un seul côté, soit des deux côtés (Voir chapitre X).

Les cires d'articulation ne devraient jamais être collées

1. V. *L'Odontologie* du 30 mars, p. 241, du 30 avril, p. 353, du 15 mai, p. 422 et du 30 mai, p. 470.

aux modèles de plâtre, afin que l'on puisse toujours voir si la condition énoncée plus haut est remplie. De même, les incisives ne devraient pas être placées trop en dehors du rebord alvéolaire, le chevauchement également ne doit pas être trop prononcé. Comme Hahn, de Berlin, l'a démontré (*Correspondenzblatt d'Ash,* octobre 1908), l'arcade dentaire de Spee et les tubercules des molaires ne jouent encore aucun rôle lorsque la nourriture est saisie avec les dents et que la bouche est encore ouverte. Les dents doivent donc être placées exactement au-dessus du milieu du rebord alvéolaire afin que les dentiers ne se déplacent pas déjà en saisissant les aliments.

Les moyens indiqués dans le cours de ce travail n'entrent donc qu'en seconde ligne et servent non seulement à la stabilité pendant la mastication, mais principalement à rendre la division des aliments plus efficace.

Quant à l'arcade inférieure, elle doit décrire une parabole, c'est-à-dire : les incisives et canines doivent former un arc de cercle ; les prémolaires et molaires doivent se diriger presque en droite ligne vers le fond et doivent un peu diverger (Voir fig. 69). Le côté distal du bord tranchant de la canine inférieure doit être complètement tourné dans la direction des molaires et son collet doit être proéminent (fig. 27) afin de pouvoir cacher les prémolaires, qu'on ne doit voir que de l'épaisseur d'une bande très étroite. Ceci permet d'éviter que les prémolaires et ensuite les molaires ne soient placées en dehors du rebord alvéolaire.

L'arcade inférieure vue de profil est concave (courbure dentaire de Spee fig. 70) ; les dents artificielles doivent donc présenter la même disposition. Comme les incisives inférieures sont couvertes par les supérieures, l'arcade inférieure est plus grande que la supérieure (fig. 70). Vu l'absence des troisièmes molaires dans les dentiers, on fait commencer la courbure dans les prémolaires (fig. 70).

L'arcade supérieure vue latéralement est convexe (fig. 70) ; vue de dessus, elle est à peu près en ellipse (fig. 69) ; les

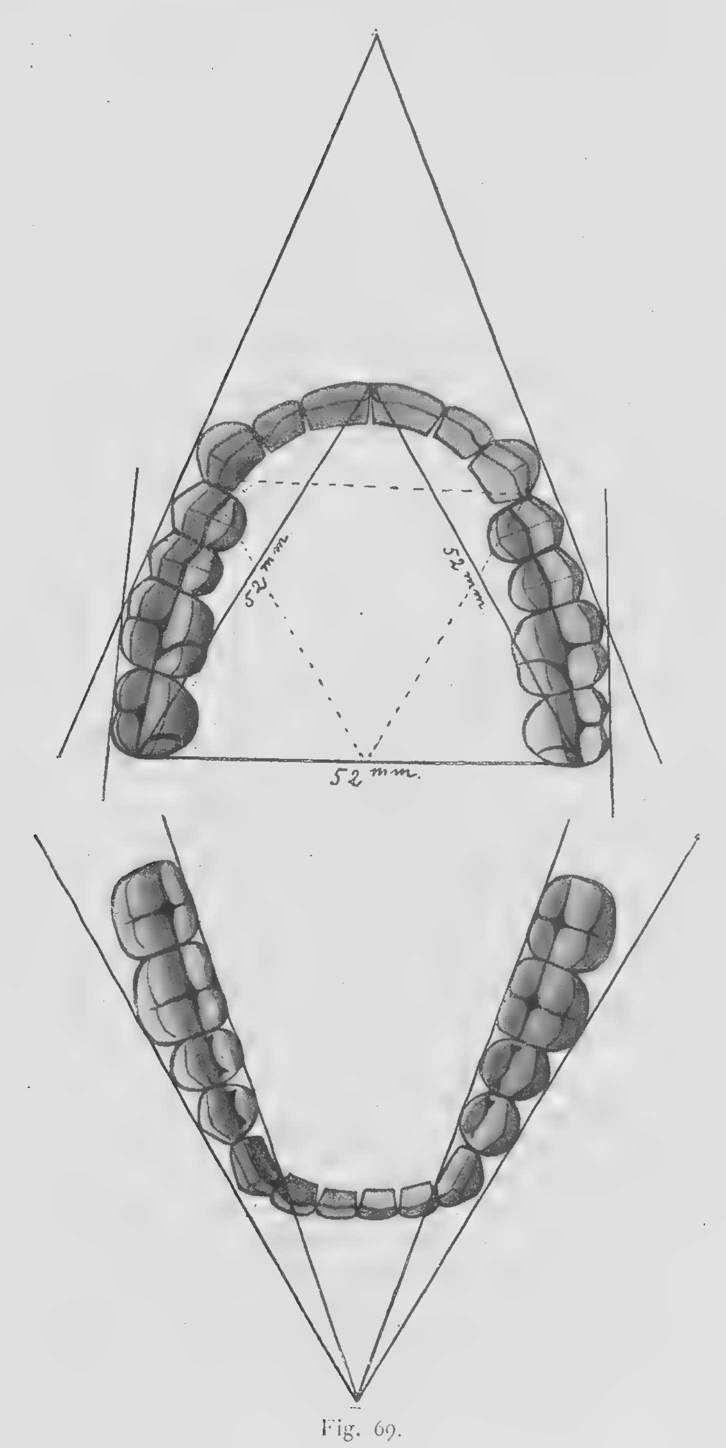


Fig. 69.

incisives et les canines forment un arc de cercle ; le côté distal du bord tranchant des canines doit être tourné dans la direction des prémolaires (fig. 69).

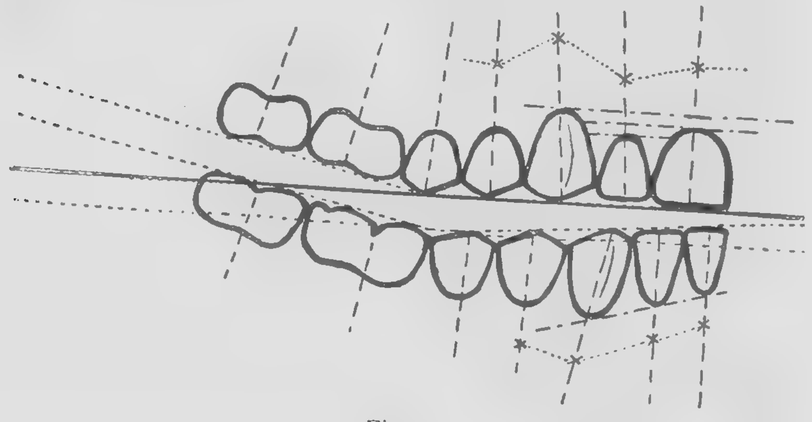


Fig. 70.

Si l'on place sur les deux prémolaires de gauche et les deux prémolaires supérieures de droite, deux fils droits, les moitiés distales des canines et les moitiés mésiales des premières molaires doivent toucher ces lignes droites ; ces droites doivent se couper en avant des incisives à une distance égale à la grandeur de l'arcade (fig. 69). Les deux grosses molaires supérieures sont un peu plus en dedans et se dirigent presque parallèlement l'une à l'autre (fig. 69).

Dans l'articulation croisée (Voir chap. X) la forme des arcades dentaires dans la région des prémolaires et molaires et contraire, c'est-à-dire l'arcade supérieure croisée prend la forme de l'arcade inférieure normale et vice versa.

Vue de côté, l'arcade supérieure est disposée d'après la loi suivante : les incisives, canines et prémolaires *sont sur un même plan* ; les deux molaires dévient de ce plan et se dirigent en haut (fig. 70).

Les seules dents qui peuvent être un peu en dehors des rebords alvéolaires sont les canines du moins avec leurs collets.

CHAPITRE VII

Formation mécanique des dents humaines.

La position des molaires, l'inclinaison et la forme de la surface mastiquante et des tubercules sont, d'après ce qui précède, une nécessité de la nature, comme la conformation des cellules des ruches d'abeilles ; les deux sont le résultat de pressions opposées.

Deux facteurs principaux jouent ici leur rôle : la forme et la trajectoire des trois sommets du triangle formé par le maxillaire inférieur, c'est-à-dire les deux condyles et les incisives.

Les conditions les plus simples existent chez les animaux édentés, chez lesquels le rebord buccal s'est transformé en un simple rebord de corne, tranchant ; les rebords supérieur et inférieur se meuvent en fermant la bouche l'un devant l'autre comme une paire de ciseaux en une simple articulation à charnières ; le rebord supérieur est alors au devant du rebord inférieur (chez les tortues, les dents se sont retirées, ont disparu pour faire place à des rebords cornés. Comme leur état préalable avec des dents s'est transformé dans l'état rudimentaire, avec des rebords cornés, je suppose qu'inversement elles sont d'abord parties de cet état primitif. Je ne pose pas cette supposition comme un fait, mais comme une hypothèse). On trouve ces conditions simples de mouvements de clapet à charnières bien haut dans l'échelle des vertébrés.

On retrouve ce même état chez les rongeurs, qui ont cependant déjà des dents bien déterminées. Les incisives supérieures se meuvent également par-dessus les inférieures et leur surface palatine représente la face de contact antérieure pour la trajectoire du maxillaire inférieur. Les rongeurs marquent encore un autre progrès : le maxillaire n'exécute pas seulement les mouvements d'ouverture et de fermeture, mais il peut être mu en avant. Chez les ruminants, le maxillaire exécute principalement des mouvements

giratoires, c'est-à-dire une combinaison des mouvements en avant et des mouvements latéraux. Chez l'homme, les incisives supérieures chevauchent également sur les inférieures, et, à côté des mouvements tranchants des rongeurs, se produisent également les mouvements pour moudre des ruminants.

Pour montrer que mon articulateur permet de reproduire exactement les mouvements naturels de mastication, j'ai fait l'expérience suivante qui ouvre d'autre part d'intéressantes perspectives sur la formation des dents humaines.

Nous avons les éléments suivants pour déterminer ces formes :

1° D'après *Bonwill*, le triangle équilatéral du maxillaire inférieur de 10 cm. de côté.

2° La mobilité du maxillaire inférieur en forme de cercle avec une inclinaison du tubercule articulaire en moyenne de 33° par rapport au plan d'occlusion.

3° La trajectoire de la partie antérieure du maxillaire inférieur avec des surfaces inclinées de 50° à 70° (dont l'importance avait passé jusqu'ici inaperçue).

On dispose l'articulateur avec une trajectoire de l'articulation de 33° et l'on fait d'après *Fick* l'expérience de *Christensen* (*Dental Cosmos*, octobre 1905), c'est-à-dire que l'on coule sur les branches supérieures et inférieures de l'appareil deux blocs de plâtre bien enduits de craie et correspondant l'un à l'autre ; en exécutant les divers mouvements de mastication, ces deux blocs de plâtre frottant l'un contre l'autre finissent par prendre la forme représentée dans la fig. 71.

Nous obtenons ainsi la courbe de *Spee* (fig. 34), qui ne représente toutefois que les relations existant chez les ruminants qui n'ont pas de chevauchement des incisives, ou celles des rongeurs, qui ont le chevauchement, mais non les mouvements latéraux du maxillaire.

En fixant sur la ligne pointillée de la jatte inférieure (fig. 71) et sur son bord une bande de métal parallèlement à la surface de la jatte, cette bande représentant comme forme et grandeur l'arcade dentaire inférieure de l'homme

et sa partie antérieure correspondant aux incisives centrales éloignées de 10 cm. des points pivotants eux-mêmes placés à une distance égale de 10 cm., on a le triangle équilatéral de Bonwill.

La bande de métal représente également le rebord corné des animaux édentés, des tortues, ainsi que la crête épithéliale chez l'homme à la période embryonnaire.

Si l'on donne encore à la partie inférieure de l'articulateur une direction des incisives inclinée de 60° (fig. 25, E.), les relations naturelles les plus fréquentes sont alors présentes.

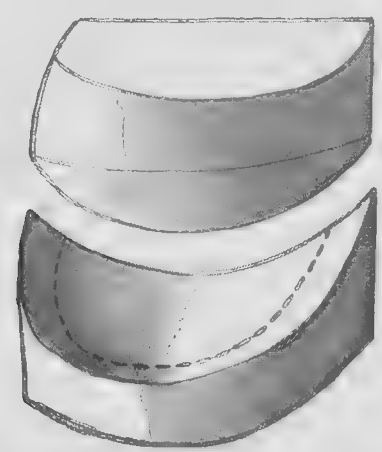


Fig. 71. — Expérience Fick Christensen, des courbes de Spee.

On exécute avec l'articulateur tous les mouvements possibles de mastication, la bande de métal concave et tranchante creuse la jatte en plâtre supérieure, et il se forme peu à peu une gouttière qui articule exactement avec cette bande métallique (fig. 72).

En coupant perpendiculairement le plâtre de chaque côté de la gouttière en suivant la ligne pointillée (fig. 72 b), on obtient la forme schématique de l'arcade dentaire inférieure de l'homme (fig. 73) avec ces caractères principaux.

Il suffit de scier cette arcade perpendiculairement en 16 parties pour obtenir la forme et la position schématique de chacune des dents (fig. 73) ; on obtient également l'incli-

naison de la surface mastiquante des molaires postérieures et on peut facilement observer que les tubercules internes des prémolaires sont de moins en moins élevés pour se fondre enfin dans les tubercules palatins à peine indiqués

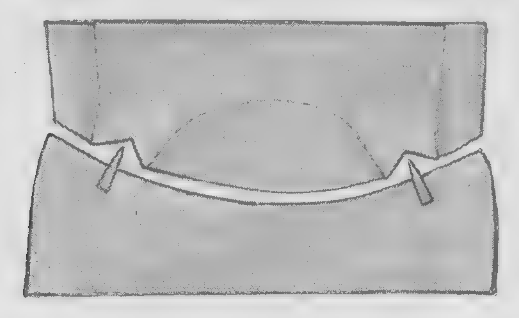


Fig. 72 a. — Formation mécanique du sillon longitudinal par les mouvements latéraux.

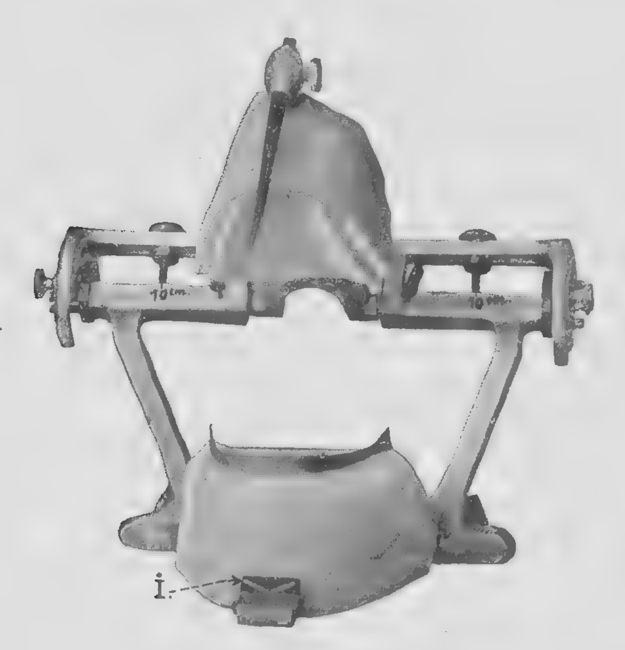
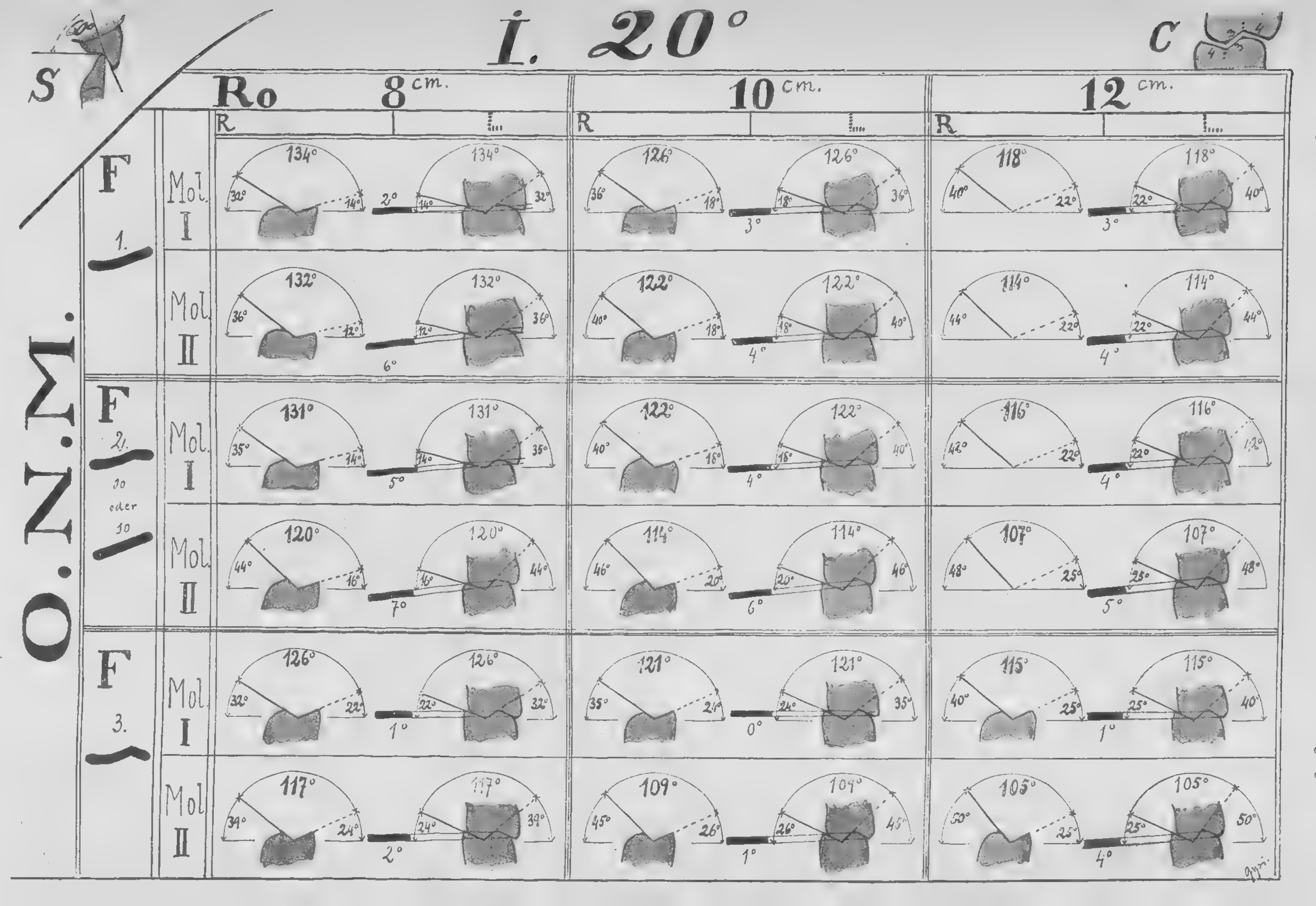
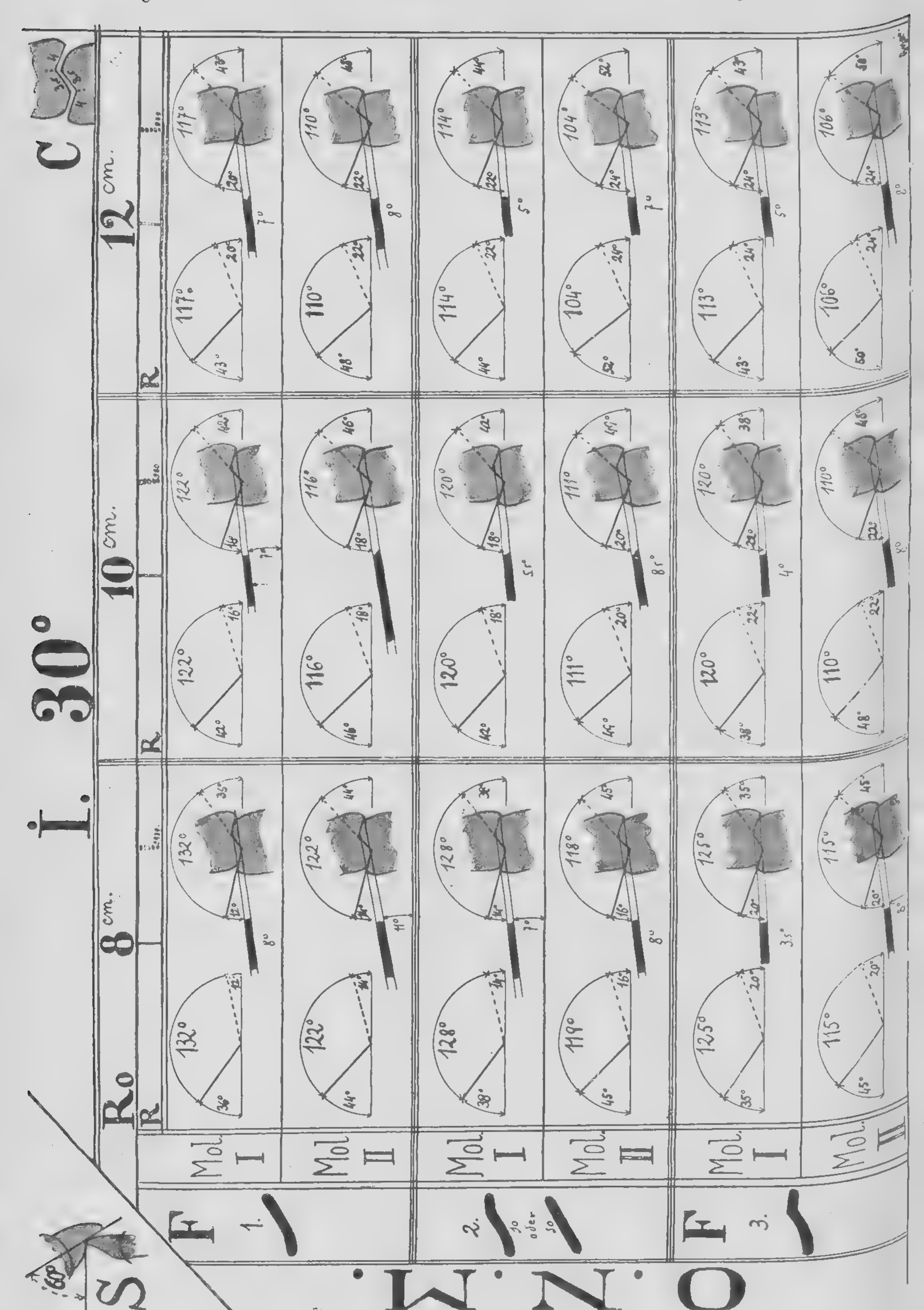
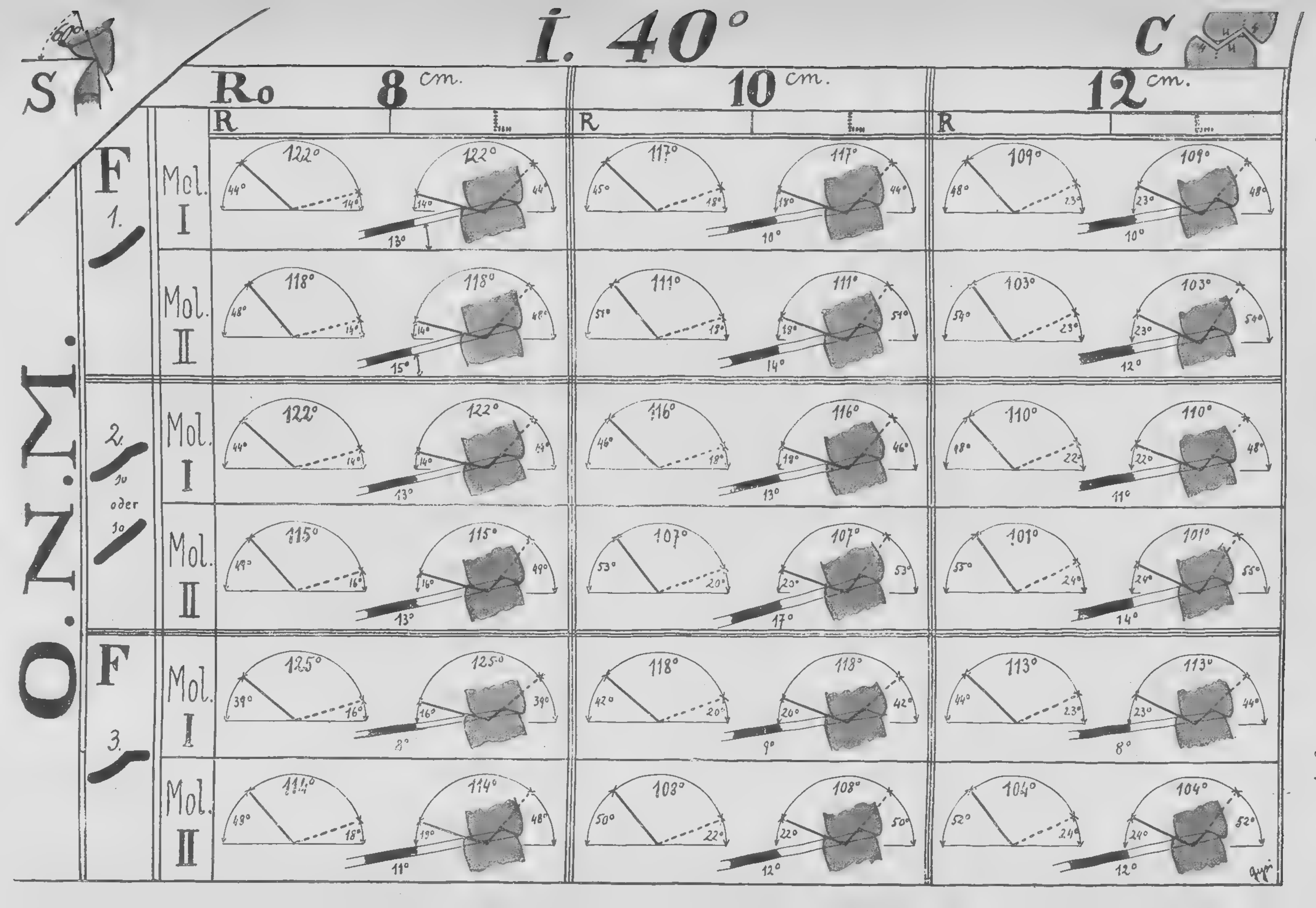


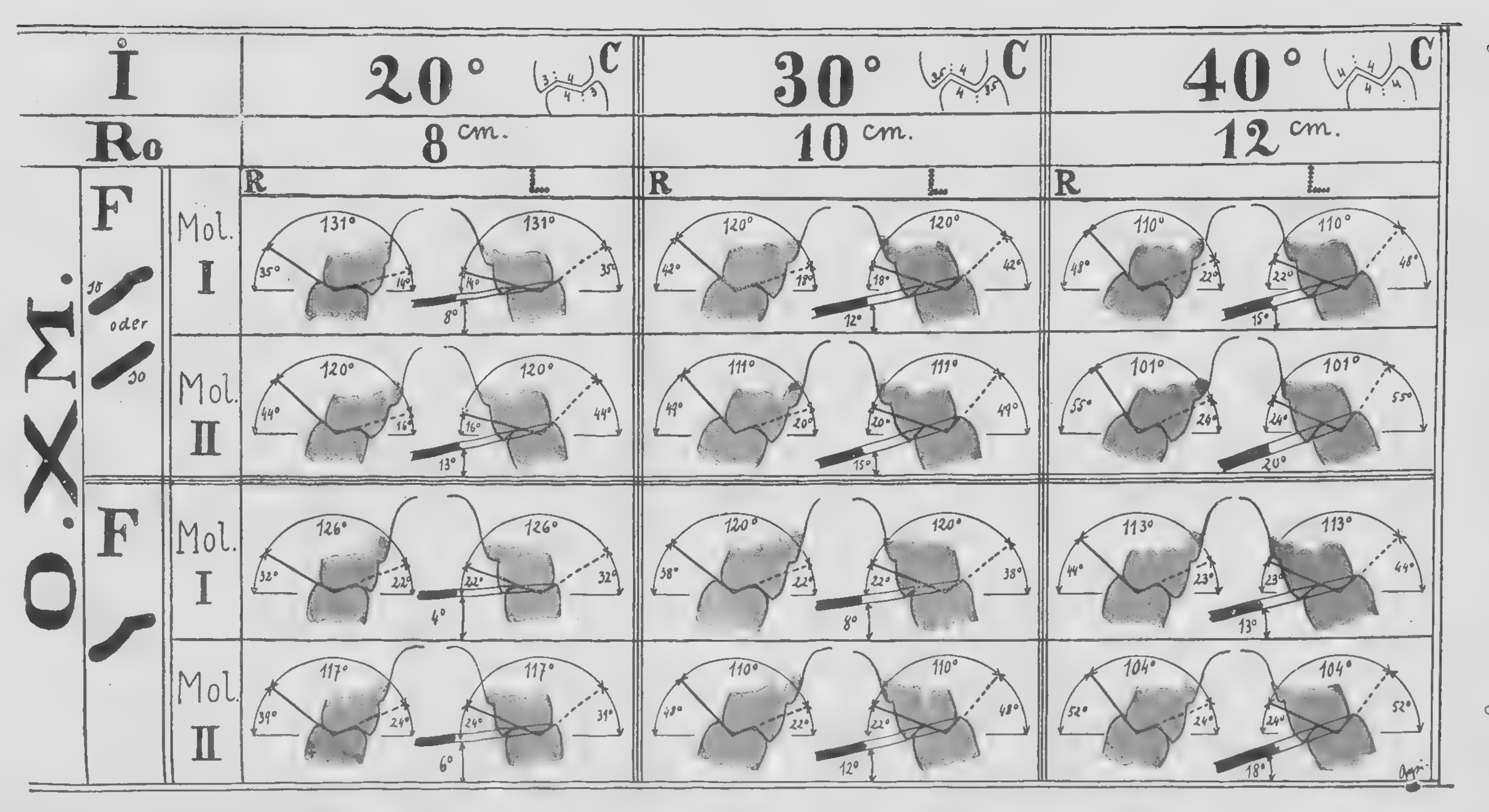
Fig. 72 b.

des canines et incisives (fig. 74). Supposons que l'émail de toutes les dents supérieures soit une surface continue (fig. 73) ; son aspect à la région des dernières molaires sera celui d'un ruban doublement plissé ; le rebord palatin est


I. 20°
S
C
Ro
8 cm.
10 cm.
12 cm.
O.N.M.
F 1.
F 2.
oder
F 3.
Mol. I
Mol. II


I. 30°
C
12 cm.
10 cm.
8 cm.
Ro
S
60°
O.N.M.
F
1.
2.
3.
Mol. I
Mol. II


S
I. 40°
C
Ro
8 cm.
10 cm.
12 cm.
R
R
R
O.N.M.
F
1.
Mol. I
Mol. II
2.
oder
Mol. I
Mol. II
F
3.
Mol. I
Mol. II



O.X.M.
I
20°
30°
40°
C
C
C
Ro
8 cm.
10 cm.
12 cm.
R
L
R
L
R
L
F
oder
Mol. I
Mol. II
F
Mol. I
Mol. II

EXPLICATION DES LETTRES DANS LES GRANDS TABLEAUX

O. N. M.	Angles d'ouverture du sillon longitudinal des molaires dans l'articulation normale.
O. X. M.	Même chose pour l'articulation croisée.
I	Inclinaison de la trajectoire de l'articulation.
Ro	Position des centres de rotation.
F	Forme de la trajectoire de l'articulation.
R.	Droite.
L.	Gauche (pointillé).
C	Rapports entre les surfaces des tubercules.
S.	Inclinaison de la surface palatine des incisives supérieures, ou de la trajectoire des incisives.
▬▬▬	Inclinaison de la surface mastiquante et profondeur de son sillon.

Il est facile de voir par ces tableaux qu'en même temps qu'augmentent l'inclinaison de la trajectoire de l'articulation et l'éloignement des centres de rotation, augmentent aussi l'inclinaison des surfaces mastiquantes, l'inclinaison des surfaces des tubercules et la profondeur du sillon.

---

plus proéminent que le rebord buccal ; à la région de la première molaire, les deux rebords ont la même hauteur ; vers les prémolaires le plissement est à angle plus aigu, les deux rebords se rapprochent, le palatin devient plus bas que le buccal et finit, en se raccourcissant, par se confondre pres-

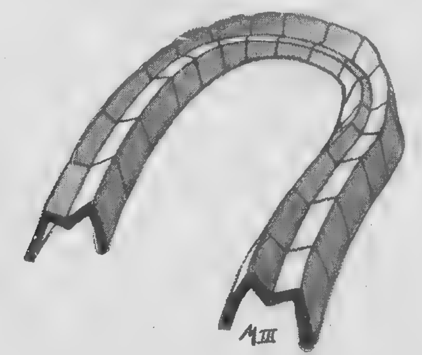


Fig. 73. — Forme et inclinaison du sillon obtenu mécaniquement.

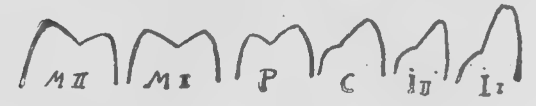


Fig. 74. — Coupe transversale de la fig. 73.

que complètement avec lui à la région des canines et incisives.

En supposant que la bandelette métallique qui a produit la gouttière supérieure subisse un épaississement horizontal à la région des molaires, sa surface mastiquante prend sous la pression une forme correspondant à l'arcade dentaire supérieure ; il s'ensuit la formation d'une gouttière double qui correspond avec les tubercules doubles supérieurs. Pour obtenir une gouttière unique, il faut diviser cette gouttière double et ceci peut se faire de deux manières, soit que l'arcade supérieure surplombe en dehors l'inférieure, comme c'est le cas normalement (fig. 75), soit dans le cas contraire lorsque les molaires sont en articulation croisée comme on doit les disposer souvent dans les dentiers artificiels (fig. 76).

Fig. 75. — Articulation normale.

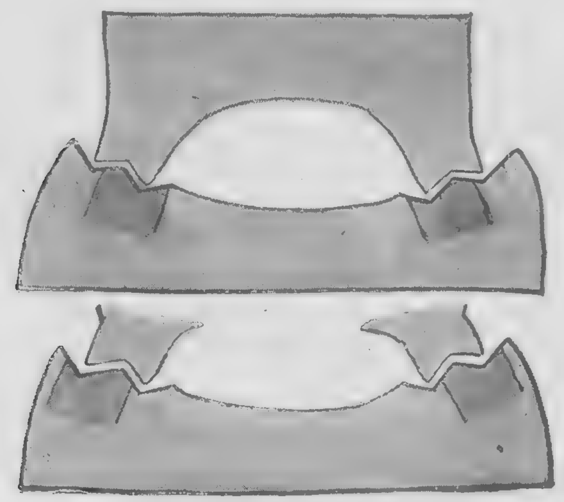


Fig. 76. — Articulation croisée.

Avec un autre articulateur, cette expérience est impossible par suite du manque de la trajectoire des incisives.

Si les mouvements de mastication exécutés plus haut étaient les seuls existants, et s'il n'y avait pas en plus les mouvements pour couper, cette formation de la surface mastiquante suffirait ; mais pour mordre en avant, il faut aux molaires des tubercules ayant des surfaces de compensation,

comme le démontrent les fig. 47, 48 et 35 en *H*. On peut expliquer la formation mécanique des tubercules en admettant que, par leur fait, des surfaces de contact trop étendues sont évitées ; à leur place se forment de nombreux coins s'engrenant les uns dans les autres ; la pression des muscles est rendue ainsi plus efficace pour diviser les aliments pendant l'acte de mastication.

Les schémas des mouvements que démontre *Christensen* pour expliquer l'action de la courbure de l'arcade (*Dental Cosmos*, octobre 1905, page 1194) n'ont de valeur que pour les ruminants ; chez l'homme il faut tenir compte du chevauchement des incisives et des surfaces de compensation des molaires.

CHAPITRE VIII

Formes des dents artificielles.

Il n'existe malheureusement jusqu'ici aucune molaire artificielle répondant aux exigences énumérées plus haut : nous sommes obligés de les meuler pour chaque cas particulier, si nous voulons nous rapprocher le plus possible de l'idéal.

Les surfaces mastiquantes des molaires sont généralement trop plates ; ou si elles possèdent des tubercules, ceux-ci semblent être faits plutôt pour donner une impression de variété dans les formes que pour répondre à leur destination.

On ne peut en faire grief aux fabricants, puisque ce sont des choses qu'ils ne pouvaient connaître.

Le manque de molaires à tubercules prononcés avait déjà été signalé par de nombreux dentistes, si bien que la maison S. S. White en introduisit dans le commerce. Leur fabrication dut bientôt être suspendue, faute de demande.

Je m'explique ce fait par le manque d'un articulateur exact et d'une méthode simple pour reproduire dans chaque cas individuel les mouvements de mastication. Ceci faisant défaut, les hauts tubercules ne servent à rien ; ils sont au

contraire nuisibles, car ils compromettent la stabilité des dentiers pendant la mastication.

Il en est advenu que la plupart des praticiens ont donné la préférence aux molaires plates. Il sera par conséquent difficile de convaincre les vieux praticiens de retourner aux molaires à tubercules ; mon espoir repose toutefois sur la nouvelle génération.

Les molaires à tubercules prononcés, lorsqu'elles sont ajustées d'après les principes indiqués dans ce travail, augmentent la stabilité des appareils de prothèse et permettent à la mastication et à la division des aliments de se faire avec moins de pression.

Ce qui nous est nécessaire, ce sont des molaires dont la surface mastiquante soit plutôt schématique comme l'a démontré Bonwill, mais dont l'angle d'ouverture du sillon corresponde aux conditions indiquées dans le tableau figure 65.

Le sillon n'a pas besoin d'être en zigzag comme celui des dents naturelles ; il suffit qu'il ait la position exacte indiquée en coupe transversale dans la figure 60.

En lui donnant une forme schématique, il sera facile par un meulage subséquent de l'adapter à chaque cas individuel.

Pour les prémolaires et les incisives, il y a peu à ajuster parce que ces dents se laissent facilement modifier par le meulage ; les canines doivent être moins pointues, plus larges à la pointe, plus naturelles et correspondre en coupe longitudinale à un coin de 50°. Il serait naturellement préférable de n'avoir rien à meuler ; le travail étant simplifié, et l'apparence meilleure, pour cela bien des dentistes se refusent à meuler les faces mastiquantes. Pour moi je préfère des surfaces meulées et fonctionnant bien à des surfaces bien brillantes, mais fonctionnant mal et il me serait agréable que cette étude pût convaincre un grand nombre de confrères à l'ajustage des dents à la meule, ce qui aurait pour conséquence de décider les fabricants à établir des formes de dents exactes.

Les formes actuellement dans le commerce peuvent convenir à des dentitions jeunes ; mais, pour notre activité, il est nécessaire d'avoir des dents semblables à celles des personnes âgées, qui se meulent entre elles spontanément et physiologiquement.

J'emploie actuellement le procédé suivant pour le meulage des dents : je choisis pour les dentiers complets les nouvelles formes de molaires de S. S. White ; elles possèdent une gouttière bien située. Elles présentent toutefois quelques petits tubercules plutôt décoratifs qui doivent être enlevés ; les tubercules principaux sont quelque peu meulés afin d'avoir des surfaces mastiquantes fonctionnant bien.

La figure 78 *a* 1, représente une de ces molaires supérieures S. S. W. en coupe transversale. La ligne pointillée indique, ainsi que dans les autres figures, l'endroit où l'on doit

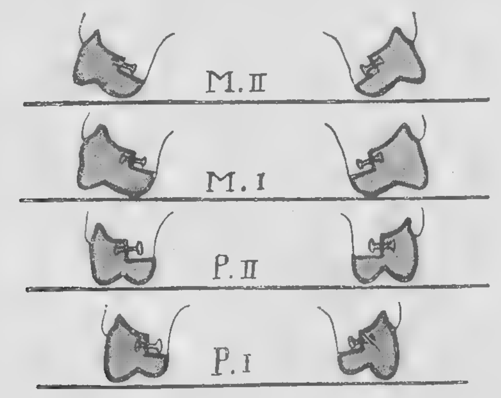


Fig. 77. — Inclinaison des molaires artificielles.

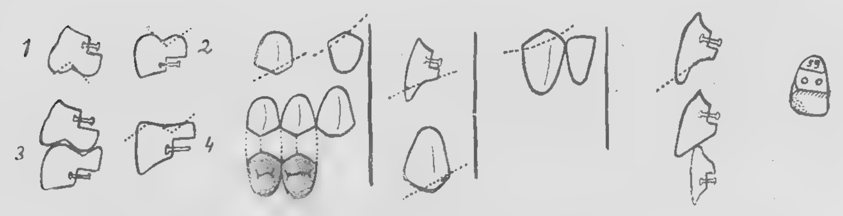


Fig. 78. — Comment on modifie les dents artificielles par le meulage.

meuler. Dans la figure 78 *a* 3 est représentée la forme exacte du sillon. De même pour les molaires inférieures (fig. 78 *a*

2). Il existe des molaires ayant la forme 78 *a* 4. Avant d'être meulées, si l'on y creuse une gouttière, la porcelaine devient trop mince et comme il existera déjà au-dessous un espace provenant de la contraction du caoutchouc, le tubercule intérieur se brise.

Dans les dentiers artificiels, il n'y a pas place pour la troisième molaire ; par conséquent la deuxième molaire artificielle devra avoir sa forme et sa position et la première artificielle celles de la deuxième naturelle (fig. 77) ; ceci est nécessaire pour vaincre le chevauchement des incisives pendant les mouvements de mastication.

Pour les prémolaires supérieures, l'arête mésiale doit être meulée plus basse et plus longue ; pour les inférieures, c'est l'arête distale (fig. 78 *b* et 79). Le trait perpendiculaire, indique dans ces figures et les suivantes, la direction mésiale.

On peut fréquemment échanger la dent de droite avec celle de gauche, car les prémolaires artificielles sont, fait particulier, de forme et de grandeur opposées à celles des naturelles. Dans la figure 79 les lettres *k* indiquent les couronnes et les bords des tubercules qui sont plus petits comparés avec ceux marqués *g*.

Les canines supérieures doivent être meulées de deux manières ; la face palatine de la pointe doit être moins abrupte et son bord mésial plus long que le bord distal, par conséquent le contraire de ce qu'on voit dans le jeune âge (fig. 64 *c* et fig. 65). La pointe ne doit donc pas être aussi abrupte que celle des prémolaires, mais plutôt être un intermédiaire entre les prémolaires et les incisives.

Les canines inférieures sont meulées de cette façon : la pointe doit être plus émoussée et le bord mésial avoir 1/3 de la longueur du bord distal (fig. 78 *d* et 79) afin que pendant la mastication la canine supérieure puisse passer entre la prémolaire et la canine inférieure (fig. 22 *b*).

Pour les incisives inférieures le bord tranchant peut rester intact ; il faut même souvent rendre les surfaces mésiales et distales plus étroites afin que le milieu de la canine

supérieure soit exactement dans l'espace formé par les prémolaires (fig. 22 *a* et 79).

Les incisives supérieures, particulièrement les centrales, sont dans les dents artificielles trop petites, ce que désirent toutefois la plupart des patients. On doit tenir compte des relations de grandeur 1.2.3 et 4 de la figure 79.

Le bord tranchant des incisives supérieures doit être aplati depuis l'intérieur et coupé obliquement (fig. 78 *e* et 80 *a*), afin que ces dents aient moins de prise sur les inférieures pendant la mastication ; ce meulage permet aux incisives supérieures et inférieures de glisser les unes sur les autres et d'accomplir leur fonction de couper.

Aux incisives latérales supérieures l'angle distal doit être meulé obliquement de dedans en dehors, comme l'indique la partie pointillée (fig. 78 *g*). Ceci a pour but de laisser passer

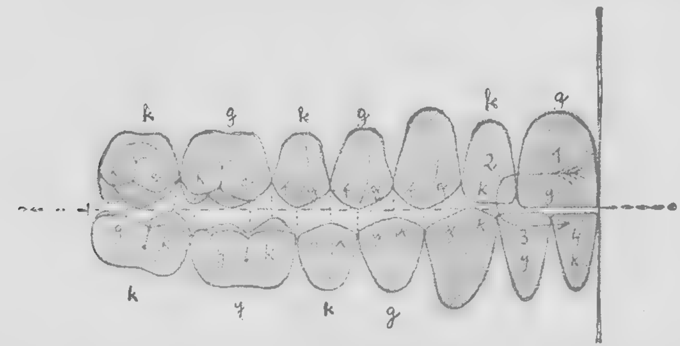


Fig. 79. — Rapports de grandeur des diverses dents et de leurs surfaces de tubercules.

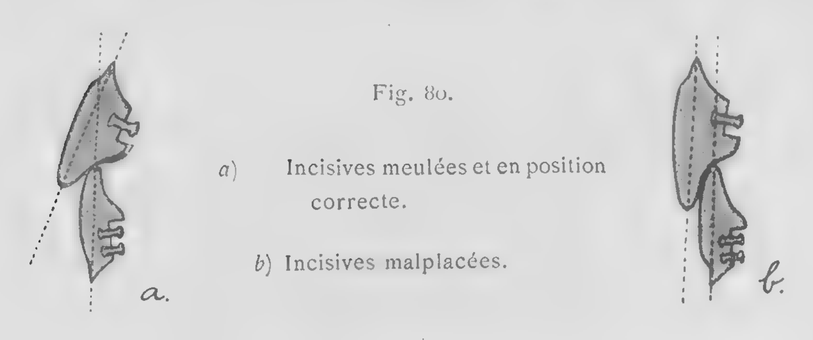


Fig. 80.

a) Incisives meulées et en position correcte.

b) Incisives malplacées.

le bord mésial de la canine inférieure dans les mouvements de côté.

Tout ce travail à la meule doit être fait avant le placement des dents, qui est ainsi facilité.

On peut toutefois aller trop loin et meuler les molaires de telle façon qu'elles se touchent sur une trop grande surface ; les aliments et particulièrement la viande ne sont alors plus découpés, mais écrasés. Deux surfaces de molaires ne doivent se toucher qu'en trois lignes, et leurs tubercules doivent agir comme des coins, ce qui demande moins de force de pénétration ; un coin pénètre en effet avec plus de facilité dans un corps dur qu'un instrument dont le tranchant a une surface étendue. Lorsque les rebords alvéolaires sont très résorbés, il est utile de creuser encore des sillons transversaux dans les surfaces mastiquantes, pour diminuer encore plus les points de contact. (Voir la différence entre le côté gauche et le côté droit de la fig. 93.)

Je suppose que ce chapitre du meulage des dents sera considéré par la génération suivante des dentistes avec le sentiment qui nous anime à notre époque de caoutchouc vulcanisé et de dents en porcelaine lorsque nous parlons des vieux praticiens avec leurs dentiers en hippopotame et les dents qu'ils sculptaient eux-mêmes.

Comme j'en suis à la disposition des dents, je veux encore traiter de la position naturelle et artistique des dents de devant ; ceci n'a à proprement parler aucune relation avec l'articulation, mais bien avec la perfection des dentiers que j'aimerais beaucoup voir répandue.

Un homme ayant le goût artistique n'a, il est vrai, pas besoin de ces règles pour reproduire la nature ; mais pour beaucoup, elles seront sûrement utiles.

(A suivre.)

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 7 décembre 1909.

La Société d'Odontologie a tenu sa séance mensuelle le mardi 7 décembre, à 9 heures du soir, à l'Ecole dentaire de Paris, sous la présidence de M. Mendel-Joseph, président.

I. — CORRESPONDANCE.

Le secrétaire général donne lecture d'une lettre de M. Godon annonçant que le comité d'organisation du IIIe Congrès international d'hygiène scolaire qui se tiendra à Paris du 2 au 7 août 1900 a décidé la création d'une sous-section d'hygiène dentaire, dont le bureau comprendra, en dehors d'un président non dentiste, deux vice-présidents et deux secrétaires empruntés par moitié au groupement odontologiste et au groupement stomatologiste. Le président du Congrès a offert l'une des vice-présidences à M. Godon qui a accepté, sur l'avis du bureau de l'Ecole, qui a également désigné M. G. Villain comme secrétaire. L'un des rapporteurs étrangers sera M. Jessen, et deux des rapporteurs français seront MM. Roy et Dreyfus. M. Godon, en terminant, demande au président de proposer à la Société la nomination de cinq délégués au Congrès d'hygiène scolaire.

A propos de cette lettre, *M. G. Villain* signale l'importance qu'aura le Congrès ; il invite les dentistes à s'y trouver nombreux.

M. le président demande à la Société de voter le principe de la délégation ; dans une séance ultérieure le bureau présentera une liste de délégués dont il demandera de ratifier la nomination.

Cette proposition est adoptée.

M. G. Villain rend compte de la séance à laquelle il a assisté, ainsi que M. Roy, dans laquelle les dentistes belges ont inauguré un nouveau dispensaire où ils vont créer un cours de dentisterie opératoire et un cours de prothèse pour les mécaniciens. Il ajoute qu'il rapporte l'impression d'un effort considérable fait par les dentistes belges pour s'organiser, se grouper, et créer un enseignement digne d'eux.

II. — PRÉSENTATION D'UN « INHALATEUR POUR NARCOSE », NOUVEAU MASQUE POUR ANESTHÉSIE GÉNÉRALE AU CHLORURE D'ÉTHYLE, PAR M. V.-E. MIÉGEVILLE.

M. Miégeville donne lecture de sa communication (V. *Odontologie,* 15 janvier 1910, p. 13). Il présente son appareil et interrompt de temps

à autre sa lecture pour donner quelques explications complémentaires et montrer, l'une après l'autre, les diverses pièces qui le composent.

Discussion.

M. Touvet-Fanton. — Je désirerais poser une question à M. Miégeville. Je trouve son appareil parfaitement combiné, mais quelle différence présente-t-il avec le masque qui nous a été présenté ici par M. Décolland ?

M. Miégeville. — Je me trouve un peu embarrassé pour répondre à une pareille question, comme vous pouvez le comprendre, n'ayant nullement l'intention de critiquer les masques déjà en usage, surtout celui de mon confrère et ami M. Décolland.

Je peux cependant vous dire que mon masque est basé sur le même principe : « l'administration lente et progressive du chlorure d'éthyle ». Je me suis efforcé de faire un masque *rigide ;* d'une application facile *avec une seule main* sur la face du patient. La caractéristique de mon appareil ainsi que je l'ai dit dans ma communication, c'est de permettre d'administrer l'anesthésique soit sans air, soit avec de l'air, c'est-à-dire avec soupapes, dans toutes les positions et, si l'on veut, à distance tout en conservant tout l'appareil sur la face du patient.

M. le président. — Je crois être l'interprète de la Société d'Odontologie en adressant nos compliments et félicitations à M. Miégeville pour son ingénieux appareil, qui semble très pratique.

III. — Indications et manuel opératoire des injections d'alcool dans le traitement de la névralgie faciale, par M. F. Lévy.

M. Lévy expose sa communication sur ce sujet (V. *Odontologie*, 28 février 1910, p. 145).

Discussion.

M. Frey. — Je demanderai à M. Lévy s'il fait dans la même séance les deux injections pour les deux tronçons nerveux ?

M. Lévy. — Je suis allé très rapidement et vous m'excuserez de n'avoir pas mentionné certains détails. L'injection d'alcool ne laisse pas que d'être douloureuse. Pour éviter cette douleur, chemin faisant, j'injecte de la cocaïne, en solution aqueuse de 1 pour 200. Jamais je n'ai eu d'accident en employant de la cocaïne, et surtout en ne prévenant pas les malades. On obtient une analgésie bien supérieure à celle qu'on obtient avec les différents produits répandus dans le commerce : stovaïne, etc. Nous les avons essayés et nous sommes revenus à la cocaïne additionnée d'adrénaline qui empêche la diffusion extrêmement rapide de la cocaïne. Lorsque l'alcool se trouve en contact avec le nerf, l'injection est parfois douloureuse. Il y a des malades qui ne souffrent pas, il y en a d'autres qui se plaignent.

M. Frey. — Vous refaites les injections à plusieurs jours de distance ?

M. Lévy. — En effet : après l'injection se produit une tuméfaction qui se produit très rapidement, il est donc préférable d'attendre que cette tuméfaction ait un peu disparu.

M. Roy. — Où se trouve exactement le siège de l'injection dans le maxillaire supérieur.

M. Lévy. — C'est le bord postérieur de l'apophyse orbitaire de l'os malaire prolongé verticalement jusqu'au bord inférieur du malaire.

M. Roy. — C'est en avant de l'articulation ?

M. Lévy. — Pour les deux nerfs maxillaire supérieur et maxillaire inférieur, on se place en avant de l'articulation.

M. Frey. — Dans le cas de récidive ?

M. Lévy. — On répète les mêmes injections.

M. Frey. — Et vous obtenez des résultats ?

M. Lévy. — Il y a des cas où nous obtenons une sédation de un an, parfois plus dix-huit mois, 2 ans 1/2, 3 ans, quelquefois moins 3 à 4 mois. Le nombre des insuccès que nous avons rencontrés n'est pas très grand (7 en 12 ans).

Notez même que nous n'avons jamais traité de névralgies douteuses, toujours il s'est agi de névralgies faciales typiques caractérisées et contre lesquelles les traitements par l'aconitine, l'extrait tébaïque, le traitement électrique n'avaient donné aucun résultat.

M. Roy. — Vous ne faites jamais d'injection dans le trou orbitaire.

M. Lévy. — Si, mais dans la majorité des cas, on obtient une anesthésie très désagréable pour le malade sans disparition des douleurs. J'ai l'habitude de pratiquer également l'injection à la base. S'il y avait une tumeur du sous-orbitaire, dans le trajet du canal sous-orbitaire, il y aurait intérêt à faire une injection à cet endroit.

M. Roy. — M. Sicard dit qu'il fait fréquemment des injections dans le trou mentonnier.

M. Lévy. — M. Schlesser s'était d'abord arrêté aux canaux osseux de la face. Il avait fait des injections intra-caniculaires. Voyant qu'elles ne donnaient pas toujours de résultats il les avait pratiquées plus haut et était arrivé aux trous de la base du crâne, par voie buccale en suivant avec son aiguille courbée à angle obtus la face externe de l'aile externe de l'apophyse ptérygoïde.

M. Touvet-Fanton. — Quelle quantité d'alcool injectez-vous ?

M. Lévy. — M. Schlesser va jusqu'à quatre centimètres cubes. Nous ne faisons jamais, pour notre part, deux injections à la fois.

A la rigueur, je crois qu'on pourrait le faire, mais cela déterminerait une réaction assez vive. Il est donc plus prudent de les faire espacées, quand on en a le temps.

M. Frey. — Et dans les névralgies sciatiques ?

M. Lévy. — Oh alors, pas d'injections d'alcool. Il y a des personnes qui les ont essayées. C'est un non-sens de vouloir traiter ces névralgies par l'alcool, parce que lorsque cet agent atteindra le nerf, il le paralysera sans rémission.

En présence des resultats désastreux que nous avait donnés l'expérimentation sur l'animal (paralysie ou sciatique, troubles trophiques) corroborés par l'examen complètement démyélinisé et dégénéré au lieu d'injection, nous n'avons jamais eu l'idée de pratiquer chez l'homme l'injection d'alcool dans le sciatique bien que Schlesser l'ait préconisée. En France on a eu des accidents qui n'ont pas donné l'envie de recommencer.

Dans les cas de sciatique invétérée, où les méthodes ordinaires n'ont pas de résultats, on peut employer les solutions salines qui n'ont pas donné d'accidents. On injecte dans le sciatique 50 à 60 centimètres cubes de sérum artificiel et cela donne une sédation remarquable de la douleur à tel point que j'ai vu des malades qui ne pouvaient marcher et qui se levaient cinq minutes après l'injection. Le seul incident curieux (c'est du reste une loi à peu près générale), c'est que toute injection un peu forte de sérum est suivie d'une élévation de température ; le soir de la piqûre le malade a ordinairement de la fièvre.

M. le président. — Je remercie au nom de la société M. Lévy de son intéressante communication sur cette question à laquelle ces travaux personnels ont fait faire de grands progrès.

Le secrétaire général,
HENRI DREYFUS.

(A suivre.)

RÉUNIONS ET CONGRÈS

CONGRÈS DE TOULOUSE

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

M. Maurice Roy, président de la Section d'Odontologie, adresse à tous les dentistes la lettre que nous reproduisons ci-après en vue du Congrès qui doit se tenir à Toulouse le 1er août prochain. L'ODONTOLOGIE *fait, elle aussi, un pressant appel à tous ses lecteurs pour les engager à participer en grand nombre à ce Congrès de l'*Association française pour l'avancement des Sciences *où l'Odontologie, à l'égal des autres sciences et à côté d'elles, va tenir ses assises; il importe que toutes les forces odontologiques se groupent en un faisceau compact dans cette grande réunion professionnelle.*

Nous publions ci-après une première liste d'adhésion. Rappelons que celles-ci doivent être adressées soit à M. Maurice Roy, 32, rue de Penthièvre, soit à M. Pailliottin, secrétaire général, 7, rue Godot-de-Mauroy.

CONGRÈS DE TOULOUSE
1-7 AOUT 1910

Paris, le 25 mai 1910.

—

Mon cher Confrère,

L'année dernière, à Lille, les Congressistes m'ont fait le grand honneur de m'appeler à la présidence de la Section d'Odontologie pour la réunion qui va se tenir le 1er août prochain à Toulouse.

Vous savez le succès toujours croissant de notre Section dans les réunions de l'*Association Française pour l'Avancement des Sciences*, succès qui a permis à l'Odontologie de prendre une des plus brillantes places parmi les Sections de cette grande Association.

Désireux de donner au Congrès de Toulouse, un éclat au moins égal à celui des précédentes réunions, j'ai fait appel aux diverses Sociétés professionnelles: Fédération dentaire nationale, Association Générale des Dentistes de France, Ecole dentaire de Paris, Ecole Odontotechnique, Ecole dentaire de Lyon, Société Odontologique de France, Société d'Odontologie de Paris, Société Odontologique de Lyon, Société de Chirurgie dentaire, Cercle Odontologique de France; ces Sociétés ont bien voulu donner leur patronage à ce Congrès et former avec leur bureau et les anciens présidents de la Section le Comité d'organisation du Congrès.

Fort de cet appui, je viens faire appel à tous les Odontologistes pour qu'ils viennent en grand nombre assister à cette session qui constitue notre Congrès annuel.

S'il est un terrain sur lequel l'accord unanime peut se faire, c'est certainement le terrain scientifique qui nous unit tous dans un commun amour de notre art et un commun désir de travailler à son progrès.

Aussi, c'est au nom de la Science odontologique, que j'insiste auprès de tous les travailleurs, les priant d'apporter à ce Congrès de nombreuses communications sur les divers points de science ou de technique dans les diverses branches de notre art. Il n'est pas de question qui soit indifférente et qui ne soit capable de donner naissance à des discussions fructueuses.

En outre des communications qui nous sont déjà annoncées et de celles qui le seront ultérieurement, le Comité d'Organisation a décidé de porter à l'ordre du jour les trois questions suivantes qui feront l'objet d'un rapport préalable :

1° La denture préhistorique ; rapporteur M. Siffre ;

2° Avantages et inconvénients des bridges en rapport avec leur construction ; rapporteurs MM. H. Masson et R. Lemière ;

3° Le rôle du dentiste dans l'hygiène scolaire ; rapporteur M. Fourquet.

Le rapport de M. Siffre sera discuté dans une séance commune des Sections d'Anthropologie et d'Odontologie et celui de M. Fourquet dans une séance commune avec la section d'hygiène.

On sait que l'année dernière déjà une intéressante séance des deux Sections avait eu lieu, il a été décidé, d'un commun accord, qu'une séance analogue aurait lieu cette année avec un rapport d'ensemble qui servirait de base à la discussion.

Un des points les plus intéressants et les plus utiles des Congrès c'est de permettre des discussions, des échanges de vue entre confrères habituellement éloignés les uns des autres et de leur permettre ainsi d'élucider les diverses questions soulevées par les communications qui sont présentées ; c'est pourquoi dans l'organisation des travaux de la Section j'apporterai un soin tout particulier à grouper ensemble les communications connexes et à répartir l'emploi du temps de telle sorte qu'une large place puisse être accordée aux discussions auxquelles elles pourront donner lieu. C'est aussi pourquoi je prie les auteurs de vouloir bien m'adresser, le plus tôt possible, le titre de leurs communications.

Je ferai en sorte de faire imprimer à l'avance le texte des mémoires que leurs auteurs voudront bien envoyer vingt jours avant l'ouverture du Congrès. Je serai particulièrement reconnaissant à ceux qui, à défaut de leur texte intégral, voudront bien en adresser un court résumé que je ferai imprimer de même et qui serait remis aux Congressistes à l'ouverture de la Session.

Avec le concours du *Comité local* des séances de démonstrations pratiques seront organisées ; c'est là un grand élément d'intérêt pour

les réunions professionnelles ; il n'existe pas de petits points de technique, de petits tours de mains qui ne soient intéressants pour les uns et les autres et, dans ce domaine, les choses en apparence les plus simples peuvent avoir un grand attrait, aussi j'espère que de nombreux confrères viendront nous exposer dans ces séances, leur pratique particulière sur les différents points de notre technique si variée. En même temps que le titre de leurs démonstrations, je prierai les auteurs de vouloir bien m'indiquer ce qui leur sera nécessaire pour celles-ci : installation, malades, etc.

J'espère, mon cher Confrère, que vous voudrez bien vous associer à ce Congrès des Odontologistes français, et je vous serai reconnaissant de vouloir bien me retourner rempli les bulletins d'adhésion ci-joints.

Veuillez agréer, mon cher Confrère, l'assurance de mes sentiments distingués.

Le président,

Dr Maurice Roy,

Dentiste des Hôpitaux,

Professeur à l'Ecole Dentaire de Paris.

32, rue de Penthièvre, Paris.

1re LISTE D'ADHÉRENTS AU CONGRÈS DE TOULOUSE

Sociétés adhérentes.

Ecole odontotechnique.
Ecole dentaire de Lyon.
Ecole dentaire de l'Université de Bordeaux.
Ecole dentaire de Paris.
Association générale syndicale des dentistes de France.
Cercle odontologique de France.
Syndicat des dentistes du Rhône.
Syndicat des dentistes du Midi.
Société odontologique de France.
Société de chirurgie dentaire.
Société d'Odontologie de Lyon.
Société d'Odontologie de Paris.

Adhésions individuelles.

MM. Barden, Baril, Barrié, Billet P., Blatter, Bohl, Dr Bonnet, Bouillant, Bouvier, Bruschera.
Carré, Cauhepé, Dr Cavalié, Cernéa, Charbonnaud, Dr Chemin, Choquet, Cotel, Crocé-Spinelli.
D'Argent, De la Loge, Delair, Desforges, Dr Dreyfus, Duchesne, Dupontrué, Durand.
Eudlitz.
Fié, Ferrand, Francis Jean, Dr Frey, Frinault, G. Fouques, Fourquet.
Galand, Girardin, Dr Godon, Grimaud.
Hallais, Houdié, Dr Houpert.
Jolivet.
Lee, R. Lemière, Levett.
Machtou, Maman, Masson, Maudry, Dr Mendel-Joseph, Miégeville, Dr Monteli, Morineau.
Dr Nux.
Pailliottin, Pincemaille, Dr Pont, Pujol (Thiers), Dr Pujol (Toulouse).
M. Renhold, Richard-Chauvin père, Dr G. Robin, Dr Roy.
Saguet, Sénécal, Dr Siffre, Soulard.
Touvet-Fanton.
G. Viau, Vicat, Vichot (Lyon), G. Villain, H. Villain.

V[e] CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL

Berlin 23-28 août 1909.

COMPTE RENDU

(Suite[1].)

Par Georges Villain, D. D. S.
Professeur suppléant à l'École dentaire de Paris.

IV. — Travaux des sections.

4e Section de chimie, physique, métallurgie.

M. Fabiunke, de Breslau : *La photographie de Röntgen et son emploi dans la prothèse dentaire.*

Après une introduction sur la valeur de la photographie de Röntgen pour le diagnostic, le conférencier prouve à l'aide de démonstrations et de projections lumineuses par un nombre d'exemples tirés des travaux à pont et des couronnes ainsi que de la prothèse des maxillaires la haute valeur des rayons X pour la prothèse dentaire.

M. C. Witzel, de Dortmund : *La dentisterie en paroles et en tableaux.*

M. Witzel considère d'après son expérience personnelle comme nécessaire d'introduire la photographie par les rayons Röntgen dans le programme d'étude de la dentisterie ; il estime que l'exécution d'épreuves photographiques et stéoroscopiques est un moyen important d'instruction.

M. A. Cieszynski, de Munich : *Exposé de la technique des rayons Röntgen en dentisterie.*

Pour que l'emploi des rayons X se généralise dans la pratique de l'art dentaire, afin d'établir les diagnostics il faut que les dépenses d'instrumentation et d'épreuves soient modiques et les accessoires assez parfaits pour que chaque épreuve soit bien nette en quelques minutes.

L'auteur expose le mode opératoire des rayons X en dentisterie.

M. L. Bostosk, de Kidderminster (Angleterre) : *Recherches sur les propriétés des ciments au silicate.*

---

1. V. *L'Odontologie* des 15 et 30 septembre, 15 et 30 octobre, 15 et 30 novembre, 15 et 30 décembre 1909, 30 janvier, 15 et 28 février, 15 et 30 mai 1910.

	Ascher	Astral	Harvardid	Schonbeck
Forme comparative	1.17	1.12	0.95	1.40
Adhésion	0.38	3.70	3.08	20.66
Rétraction	2.34	2.38	3.06	0.99
Perte de poids	2.52	1.70	2.365	0.89
Variation du volume dans un milieu buccal	0.55	1.06	0.78	0.29
Variation du poids dans un milieu buccal	0.50	1.17	1.05	3.77

La protection parfaite des ciments au silicate par un vernis approfondi est un des facteurs les plus importants dans le succès de cette substance obturatrice.

La 4e section avait été divisée en deux sous-sections : la première, de chimie, physique et métallurgie, avait pour président M. Birgfeld, de Hambourg; la seconde, présidée par M. Karl Witzel, de Dortmund, s'occupa spécialement de photographie et radiographie.

5e SECTION. — PATHOLOGIE ET BACTÉRIOLOGIE.

Cette section, sous la présidence du prof. Römer, de Strasbourg, eut trois séances.

MM. L. FREY et B. DE NÉVREZÉ : *Contribution à l'étude des ferments dans la thérapeutique buccale et en particulier du ferment lactique.*

V. *Odontologie*, 30 décembre 1909.

a) La thérapeutique microbienne en pathologie buccale est légitimée :

1° Par nos connaissances cliniques sur le polymicrobisme buccal ;

2° Par nos connaissances expérimentales sur ce polymicrobisme, que nous devons aux travaux de Galippe (de Paris) et de Miller (de Berlin) ;

3° Par l'expérience clinique (naturam morborum curationes ostendunt).

b) Nous donnons jusqu'à présent la préférence au ferment lactique.

c) Cette thérapeutique microbienne se recommande par sa facilité d'emploi et par son innocuité sur les tissus.

d) Son action n'exclut, dans la plupart des cas, aucune des interventions ordinaires du dentiste. Elle leur sert d'adjuvant.

M. KLEINSORGEN, d'Elberfeld : *Les malformations du tissu dentaire dur dans le développement systématique, avec considérations particulières à quelques nouvelles formations observées en clinique.*

L'auteur décrit le développement systématique de toutes les malformations du tissu dentaire dur. Nous arrivons de cette façon non seulement à une connaissance plus complète de cette branche un peu négligée ; mais nous apprenons aussi à connaître quelques nou-

velles formations pathologiques et nous aboutissons à une compréhension essentiellement différente de quelques autres.

Une conception essentiellement nouvelle peut être tirée de ces considérations pour :

1° La formation de caries, pour laquelle le facteur principal n'est pas tant l'effet dissolvant des ferments acides sur le sel calcaire du tissu dentaire que les altérations du cartilage dentaire ;

2° La dentine secondaire doit être considérée comme négativement vitale ;

3° Les fissures profondes sont plus souvent dues à des troubles primaires de nutrition qu'à des causes mécaniques.

M. Theo von Beust, de Dresde : *Les leptothrix du dépôt dentaire. Projections et démonstrations de préparations microscopiques (critique de la division de Miller de l'organisme microbique du dépôt dentaire).*

Le terme de « Leptothrix » choisi par Robin pour l'organisme de la bouche proprement dit, est à cause de la priorité conservé dans la conférence.

Après l'exclusion de la flore de la bouche de sortes toujours variées, conditionnée par des influences extérieures, ce sont seulement les formes de filaments caractéristiques pour le dépôt dentaire, qui en forment toujours la substance principale, et qui jusqu'à présent n'ont été trouvées nulle part en dehors de la bouche, ce sont ces formes de filaments et leurs créations de formes variées qui sont l'objet de la conférence.

L'auteur fournit la preuve qu'ils ont une multiplication polymorphe dans le sens de Zopf ce qui a déjà été accepté par Robin, Hallier et d'autres. Cette opinion a été plus tard combattue et considérée comme erronée par Miller dans ses « Microorganismes de la cavité buccale », IIe édition, 1892. Bien que récemment Vincentini et Williams aient fourni de nouvelles preuves du polymorphisme la division de Miller, faite en raison de sa conception, qui revêt de noms spéciaux les formes variées du dépôt, est reconnue presque sans réserve dans la plupart des livres d'enseignement.

On montre des préparations de Leptothrix racemosa et de Leptothrix falciformis d'où il découle que différents microorganismes, que l'on peut bien caractériser, et qui se présentent en énormes quantités, existent dans le dépôt et que ces microorganismes proviennent de filaments.

Une division des microorganismes de la bouche qui ne tiendrait pas compte de ce fait, de l'avis de l'auteur, ne saurait plus être maintenue.

M. Lorenz Landgraf, de Budapest : *Les dents et la septicémie de cause ignorée.*

Le conférencier explique que dans les cas de septicémie de cause ignorée le rôle étiologique des dents n'a pas été jusqu'à présent poursuivi d'une manière suffisante. Et cependant l'apparition fréquente de suppuration de la région dentaire, ainsi que les conditions anatomiques en présence desquelles on se trouve rendent vraisemblable que les dents jouent un rôle important comme porte d'entrée cachée pour les maladies septiques locales ou générales. C'est le devoir des médecins et des anatomistes de ne pas perdre des yeux cette source d'infection, d'autant plus que des favorables en découlent pour la thérapeutique.

M. Hahn, de Breslau : *Carcinome d'origine traumatique et prothèse dentaire.*

C'est à peine si 12 o/o des opérés de cancer de la langue sont définitivement guéris.

La prévention du cancer de la langue est possible par une prothèse dentaire exécutée à temps ; c'est seulement la prothèse qui est en état de juguler les dangers occasionnés dans l'âge mûr chez des diathésiques par des dents à bords tranchants spécialement lorsqu'il s'agit de dents isolées, et de rétablir la bonne entente entre la langue et la mâchoire.

Mais aussi après que l'opération a eu lieu la prothèse dentaire est pour les mêmes raisons un facteur qui contribue à la guérison, et dont l'importance énorme ne peut être jamais assez mise en évidence aux yeux des chirurgiens.

(A suivre.)

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Notre distingué confrère et collaborateur, M. Ed. C. Kirk consacre dans le Dental Cosmos *d'avril dernier un article aux réunions professionnelles qui se sont tenues à Paris en mars* 1910. *Il nous paraît intéressant pour nos lecteurs de reproduire cet article dans lequel l'auteur apprécie avec une grande justesse et dégage clairement le caractère et la portée de ces réunions.*

LES RÉUNIONS DE PARIS

Pendant les vacances de Pâques l'activité de la profession dentaire d'Europe s'est concentrée dans une série de réunions tenues à Paris qui ont été signalées par des événements d'une importance plus qu'ordinaire.

La F. D. I. a tenu sa 10e session annuelle ; la Société dentaire américaine d'Europe a tenu une de ses réunions les plus réussies et les plus intéressantes, et ces deux groupements se sont réunis pour assister à la cérémonie de l'inauguration du monument élevé à Horace Wells, le dentiste américain auquel est attribué l'honneur de la découverte de l'anesthésie. Enfin, ce qui n'est pas dépourvu d'importance, le prix fondé sous le nom de prix mémorial W. D. Miller fut attribué pour la première fois à Greene Vardiman Black, de Chicago.

La F. D. I. a concentré son action plus spécialement sur les questions d'hygiène dentaire publique et d'enseignement dentaire, les Commissions s'occupant de ces matières absorbant la plus grande partie de l'attention des membres. Sous l'enthousiaste direction de M. Jessen, de Strasbourg, la question des services dentaires publics et de l'hygiène dentaire scolaire fut discutée à fond et des plans furent dressés pour l'extension de l'action dans le monde entier. Comme preuve du vaste intérêt éveillé par cette phase de l'amélioration de la santé publique, il fut annoncé que S. M. le roi de Suède Gustave V avait consenti à accepter le patronage de la Commission internationale d'hygiène et à être son protecteur pour l'aider dans sa tâche d'éveiller l'intérêt et l'activité en hygiène dentaire dans le monde entier. Les plans de la Commission sont très vastes et ont pour but l'organisation de l'hygiène dentaire publique sur une base internationale.

En matière d'enseignement dentaire M. Godon a indiqué le but étendu et l'application universelle de l'idéal pour lequel la F. D. I. travaille. Celle-ci se propose d'arriver à l'unification des méthodes

d'enseignement sur la base d'un programme qui, on le croit et on l'espère, servira de type et sera accepté dans tous les pays, ce qui permettrait, en raison de l'uniformité du programme, d'aboutir à un système de réciprocité internationale et même à un titre ou à une qualification uniforme. La F. D. I., dans les dix dernières années, depuis sa création à Paris jusqu'à la fin du 3e Congrès dentaire international, a toujours agi dans ce but louable et son action a fait les progrès les plus encourageants grâce à sa Commission d'enseignement. Bien qu'elle n'ait pas de pouvoir légal pour appliquer ses conclusions, elle a néanmoins exercé une puissante influence sur les méthodes d'enseignement, aussi bien que sur l'opinion professionnelle, par la seule vertu des intérêts qu'elle représente, ainsi que par la conscience, la sincérité et la largeur de vues avec lesquelles elle a agi. Pour ces raisons la F. D. I. exerce une influence dont la force morale a une portée bien plus grande et un effet plus durable que si elle agissait en vertu d'une autorité légale.

Une démonstration frappante du changement qui s'est produit dans l'état des choses a été fournie par le splendide banquet auquel les membres de la Société dentaire américaine d'Europe et ceux de la F. D. I. ont pris part et dans lequel, dans un milieu tout à fait délicieux d'hospitalité et de bonne camaraderie, les anciens différends ont été effacés ou oubliés et a pris naissance la promesse de relations professionnelles nouvelles et harmonieuses pour l'avenir. Nous espérons que cette réunion a été un plaisir et un profit pour nos confrères européens, et si c'est un plus grand plaisir de donner que de recevoir, leur plaisir aura été plus grand, car leur cadeau d'hospitalité et de bonne volonté professionnelle a été généreux au delà de toute expression. Les Américains présents ont senti vibrer un fibre patriotique en écoutant le magnifique éloge d'Horace Wells prononcé par l'éminent physiologiste professeur Dastre, et en voyant nos confrères d'Europe attribuer avec enthousiasme le premier prix Miller à notre distingué compatriote, le Prof. Black.

Comme un de nos confrères écossais le disait à la fin de la réunion commune : « Le sang professionnel est plus épais que l'eau et, si ces occasions se renouvellent, il s'ensuivra inévitablement que le sang deviendra plus épais et l'eau plus claire ».

La prochaine réunion de la F. D. I. se tiendra à Londres en août 1911, en même temps que la session annuelle de la B. D. A., et c'est à cette époque que seront arrêtées les dispositions pour la tenue du 6e Congrès dentaire international de Londres en 1914.

EDW. C. KIRK.

CORRESPONDANCE

Nous recevons la lettre suivante que nous croyons intéressante pour nos lecteurs et qui nous est adressée par M. Nolda, de Hambourg.

Notre ville de Hambourg est la première de toutes les villes d'Allemagne qui possède un Institut clinique dentaire d'Etat.

Le 1er avril dernier cette clinique, fondée par l'Etat de Hambourg, a été ouverte. Des soins dentaires y sont donnés gratuitement aux écoliers, aux membres des caisses d'assurances pour domestiques et des caisses communales d'assurance en cas de maladie. (Ces caisses sont obligatoires en Allemagne et l'Etat en a le monopole.)

L'Institut a été installé dans le vaste bâtiment de l'Administration des assurances, Ringstrasse, au centre de la ville. Il contient des salles d'opérations, un laboratoire de prothèse, un cabinet de photographies Roentgen, etc.

Les inscriptions des malades, excepté dans les cas urgents, se font de 9 heures à midi et de 1 heure à 3 heures.

On remet aux malades un bulletin qu'ils conservent et portant, en outre du schéma du dentier, des instructions sur les soins de la bouche et des dents. Ce bulletin dit que les dents des enfants doivent être visitées annuellement par le dentiste à partir de l'âge de 3 ans, principalement pendant la période de la seconde dentition ; que la gencive malade est spongieuse et ramollie, saignante au moindre attouchement ; que les dents et gencives malades occasionnent une mauvaise haleine et qu'une bouche saine est la meilleure défense contre les maladies contagieuses.

La clinique est ouverte du 1er mars au 1er novembre de 8 h. à 4 h. et du 1er novembre au 1er mars de 9 h. à 5 h., les mardis et vendredis jusqu'à 8 h. du soir, jours de fêtes exceptés.

Les matières employées sont : pour les obturations, les ciments, l'amalgame et la gutta-percha. Des pièces de prothèse sont livrées gratuitement également si le prix ne dépasse pas 25 francs.

Les anesthésies et photographies Rœntgen seront faites lorsque le directeur le jugera nécessaire. Tous les travaux terminés doivent être examinés par celui-ci ou par son remplaçant.

Comme directeur l'Etat de Hambourg a désigné M. Konow, dentiste de la ville, aux appointements de 10.000 francs par an avec augmentation jusqu'à 12.500 après quatre ans et droit à la retraite comme fonctionnaire de l'Etat. Deux assistants, MM. Jacobi et Reuschenberg, lui sont adjoints ; un mécanicien dentiste, trois sœurs, un garçon de laboratoire et deux employés de bureau complètent le personnel.

Le nombre des malades fréquentant le nouvel institut augmente de jour en jour.

O. Nolda.

JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE

La Commission syndicale de l'A. G. S. D. F. nous communique le jugement suivant qui est de nature à intéresser nos lecteurs.

JURIDICTION ADMINISTRATIVE

Conseil d'État

Séance du 7 août 1909.

Présidence de M. Marguerie.

Médecine. — Chirurgien-dentiste. — Inscriptions rétroactives. — Temps de scolarité. — Pas de scolarité. — Pas de dispense.

Si les articles 15 et 16 du décret du 21 juillet 1897 déterminent les cas dans lesquels les étudiants peuvent être autorisés à prendre rétroactivement et cumulativement les inscriptions consécutives à la première, qu'ils ont été empêchés de prendre dans les délais réglementaires, aucune disposition légale ne permet de les dispenser d'accomplir le temps normal de scolarité.

Par conséquent, le ministre de l'Instruction publique ne peut pas accorder à un candidat au diplôme de chirurgien-dentiste qui n'a pas accompli la première année d'études, le droit de prendre cumulativement les inscriptions afférentes aux deuxième et troisième années d'études.

Le Conseil d'Etat,

Considérant qu'aux termes de l'article 14 du décret du 21 juillet 1897, relatif au régime scolaire et disciplinaire des universités, lequel a abrogé le décret du 29 juillet 1883, la première inscription, en vue d'un grade ou d'un titre, doit être prise au début de l'année scolaire; que, si les articles 15 et 16 déterminent les cas dans lesquels les étudiants peuvent être autorisés à prendre rétroactivement et cumulativement les inscriptions consécutives à la première, qu'ils ont été empêchés de prendre dans les délais réglementaires, aucune disposition actuellement en vigueur ne permet de les dispenser d'accomplir le temps normal de scolarité; que, d'une part, en effet, l'article 12 du décret du 4 juin 1809, invoqué par le ministre, qui, d'ailleurs, ne prévoyait que des dispenses d'examens, non des dispenses d'inscriptions, ne permettait de les accorder que jusqu'au 1er janvier 1815; que, d'autre part, si l'article 13 du même décret, relatifs aux dispenses d'inscriptions conférées par le grand maître de l'Université à des candidats au doctorat en médecine, se référait à l'arrêté du 20 prai-

rial an XI, ce dernier arrêté ne concernait que des candidats ayant fait leurs études avant ledit arrêté ;

Considérant que, dans ces conditions, le ministre de l'Instruction publique ne pouvait accorder au sieur N., qui n'avait accompli que la première année d'études, l'autorisation de prendre cumulativement, à la Faculté de médecine de l'Université de Lille, les inscriptions afférentes aux deuxième et troisième années d'études en chirurgie dentaire ;

Considérant que, par voie de conséquence, le nouveau diplôme de chirurgien-dentiste, qui n'a pu être délivré au sieur N. qu'en vertu de ladite autorisation, ne lui a pas été régulièrement conféré ;

Décide :

Article premier. — La décision du ministre de l'Instruction publique, du 18 juillet 1907, autorisant le sieur N. à prendre cumulativement plusieurs inscriptions est annulée.

Art. 2. — La décision du ministre de l'Instruction publique, conférant un nouveau diplôme de chirurgien-dentiste au sieur N. est annulée.

Rapporteur : M. Worms.

Ministère public : M. M. Saint-Paul.

Plaidant : Me Raynal, av.

(*Moniteur judiciaire,* 29 avril, Lyon.)

Fraudes en matière d'examen.

M. S..., professeur préparateur aux examens pour le certificat d'études exigé des aspirants au grade de chirurgien-dentiste, se chargeait, moyennant forfait, 4 à 500 francs, de faire subir, par des tierces personnes, les épreuves de cet examen, d'ailleurs, élémentaire.

Certains aveux, des déclarations de témoins et les pièces saisies sur S... ou au cours des perquisitions, ne laissaient aucun doute sur sa culpabilité.

Il comparaissait, le 31 mai, devant la 9e Chambre, sous l'inculpation de fraude dans des examens publics, à Lyon, à Nancy et à Paris, en compagnie de six personnes qui avaient employé son intermédiaire pour passer cet examen.

Le Tribunal s'est montré indulgent. Il a condamné S... à trois mois de prison avec sursis et 200 francs d'amende, et ses coprévenus, chacun à 100 francs d'amende.

NÉCROLOGIE

Louis Gillard.

L'Ecole dentaire de Paris et l'A. G. S. D. F. viennent de faire une grande perte : Louis Gillard est mort le 25 mai à l'âge de 62 ans.

Le rôle qu'il a joué pendant 25 ans dans notre Groupement est considérable : fonctions administratives, électives, enseignantes, il les a toutes remplies. Dans ces multiples fonctions il a rendu à nos Sociétés des services que nous ne saurions oublier.

Diplômé de l'Ecole en 1885 après avoir pris 16 inscriptions de médecine, il était démonstrateur de clinique en 1886 ; il fut nommé la même année chef de clinique. En 1888, il était nommé professeur suppléant de prothèse et professeur titulaire de prothèse en 1893.

Membre du Conseil d'administration en 1886, il en fut le vice-président avec les fonctions de directeur-adjoint de l'Ecole de 1892 à 1894. Il y revint en 1899 et y resta jusqu'en 1904, occupant pendant ce temps la présidence de plusieurs Commissions. Il fut président de la Société d'Odontologie en 1904.

On lui doit de nombreux articles originaux publiés dans *L'Odontologie,* notamment : obturations des canaux au charbon ; procédé de reproduction des papilles. On lui doit également de beaux travaux de restauration bucco-faciale exécutés avec le concours du D[r] Delorme, professeur au Val-de-Grâce.

Louis-Etienne Gillard était né à Senonches (Eure-et-Loir) le 30 juin 1848 ; c'est là qu'il a demandé à être inhumé et qu'ont eu lieu ses obsèques, le vendredi 27 mai. M. Pailliottin, professeur suppléant à l'Ecole dentaire de Paris, y représentait l'Ecole dentaire de Paris et l'Association générale syndicale des dentistes de France. Suivant la volonté du défunt il n'a été envoyé ni fleurs, ni couronnes, de sorte que nos Sociétés n'ont pu apporter le témoignage de sympathie habituel qu'elles accordent aux disparus. Suivant sa volonté également, aucun discours n'a été prononcé.

Tous ceux qui ont connu Louis Gillard regretteront cette fin trop rapide et adresseront, comme nous le faisons ici, à sa veuve et à toute sa famille, leurs vives condoléances et l'expression de leur sympathie.

J. PAILLIOTTIN.

M. Evellin.

On annonce la mort, à Paris, à l'âge de soixante-quinze ans, de M. Evellin, inspecteur honoraire de l'Instruction publique, membre

de l'Académie des sciences morales et politiques pour la section de philosophie.

M. Evellin avait occupé tour à tour la chaire de philosophie dans les lycées de Nice, de Lille, de Bordeaux et dans les lycées Saint-Louis et Charlemagne, de Paris ; il avait été nommé, en 1883, inspecteur de l'Académie de Paris. Ses travaux, qui avaient trait aux questions les plus hautes de la philosophie, lui avaient ouvert les portes de l'Institut en 1908, à la mort de Brochard. Son œuvre la plus célèbre est *Infini et quantité*.

Au cours de la séance supplémentaire qui s'est tenue le 23 avril, M. Boutroux, président de l'Académie des sciences morales et politiques, a rendu hommage à la mémoire de ce savant. La séance a été levée ensuite en signe de deuil.

L'Ecole dentaire de Paris s'est trouvée en rapports pendant de longues années avec M. Evellin, qui lui a toujours témoigné la plus grande bienveillance, qui a facilité ses relations avec l'autorité académique et l'a considérablement aidée dans sa tâche au début de son fonctionnement. C'est à lui que M. Fringnet, inspecteur d'Académie, a succédé.

L'Ecole dentaire de Paris regrette vivement la disparition de cette personnalité qui a laissé chez tous les administrateurs de l'institution les meilleurs souvenirs et elle adresse à sa famille l'expression de ses très sincères condoléances.

Mme Serres.

Nous avons le vif regret d'apprendre la mort de Mme Serres, femme du distingué professeur de physique de l'Ecole dentaire de Paris.

Mme Serres est décédée en pleine vigueur, à l'âge de 46 ans.

L'Ecole dentaire était représentée aux obsèques par son directeur, M. Godon.

Nous adressons à M. Serres, au milieu de son affliction, et à toute sa famille nos très sincères condoléances et l'assurance de notre profonde sympathie dans cette douloureuse circonstance.

Jean Sauvanet.

Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. Jean-André Sauvanet, fils de notre confrère d'Issoudun, membre de l'A. G. S. D. F.

Nous adressons nos vives condoléances à notre confrère et à sa famille.

NOUVELLES

Société d'Odontologie de Paris.

La Société d'Odontologie a tenu sa séance mensuelle le 7 juin.

M. Ferrand a présenté un ingénieux articulateur qui, à l'aide d'une série de mouvements obtenus par des vis, permet d'articuler instantanément les modèles, sans avoir à couler l'articulation.

M. Goldenstein a décrit et présenté un appareil fort bien compris, qu'il dénomme tri-écarteur, et qui écarte la langue, la joue et les mâchoires, en même temps qu'il maintient des compresses absorbantes. Cet appareil qui est appelé à rendre de grands services aux praticiens, sera également apprécié des patients, dont il diminuera l'effort pour maintenir la bouche ouverte.

M. Georges Robin a présenté une nouvelle dent minérale qu'il est arrivé à établir après de patientes recherches, commencées en janvier 1907, lors de la nomination de la Commission de réforme des dents minérales.

Comme M. Richard-Chauvin, mais par des moyens différents, il a voulu remédier à la fragilité de la dent, en combinant une pâte : 1° plus résistante, 2° dont le coefficient de dilatation fût aussi voisin que possible de celui des crampons de platine. Il a été assez heureux pour y réussir. Dans ses essais de fracture de la dent et d'arrachement des crampons, il obtient les chiffres suivants :

1° Dents de marques courantes, 16 à 18 kil.

2° Dents de sa fabrication, 26 à 28 kil. (quelquefois 35 kil.).

C'est une erreur de croire que la résistance d'une dent est fatalement fonction de l'élévation de son point de cuisson, pourvu toutefois que ce point ne soit pas inférieur à 1300° environ.

Au point de vue esthétique, il a donné à sa pâte une translucidité moyenne, établi une échelle considérable de teintes inaltérables au feu, et déclaré que la collaboration des professionnels est indispensable à l'établissement des formes et teintes qui conviennent.

M. Georges Robin fait passer quelques spécimens de formes et teintes.

M. G. Villain a institué avec ces nouvelles dents françaises une série d'expériences très frappantes. Il dit avoir soumis ces dents à de dures épreuves, tant dans le choix des expériences, que dans la façon de les réaliser.

Il fait circuler plusieurs dents qu'il a contreplaquées avec :

1° Platine iridié, soudure à 30 0/0 de platine ;

2° Platine mou, renforcé et soudé avec de l'or à 22 k. ;

3° Or à 22 k. soudure à 20 k. ;

M. G. Villain a essayé de fracturer cette dernière dent en l'appuyant verticalement sur un coin de table et en frappant sur le bord incisif avec le bord mince du marteau à riveter. Au quarantième choc il obtient un éclat, mais la dent n'est pas fracturée au niveau des crampons;

4° Incisive non contreplaquée, entre les crampons de laquelle il a soudé un tube de platine, soudure 30 o/o de platine ;

5° Incisive ayant subi la coulée, sous la presse Platschick, d'une grosse masse d'or à 20 k. Cette dent, *entourée d'or sur cinq faces,* est intacte.

Les dents dues à M. G. Robin ont victorieusement résisté à toutes ces épreuves.

Dans une très intéressante conférence, M. le professeur agrégé *Cavalié* a exposé les recherches qu'il a entreprises sur les kystes paradentaires. Il établit une distinction entre ce qu'il appelle les faux kystes et les kystes véritables, ceux-ci n'étant jamais en communication avec la cavité pulpaire. Les fongosités qui sont appendues à l'extrémité apicale des dents ne sont presque jamais kystiques. Le propre d'un kyste est d'être constitué par une cavité close. D'ailleurs pour M. Cavalié, le liquide kystique est toujours stérile, sauf infection à la suite de l'ouverture spontanée ou opératoire. De nombreux ensemencements le démontrent. Les seuls microbes qui ont pu être observés sont des *anaérobies* à l'état de vie latente, dont la présence serait inadmissible s'il existait une communication avec la cavité pulpaire.

M. Roy a confirmé, par des exemples cliniques, les vues de M. Cavalié ; il a cité notamment un cas, qu'il a opéré récemment, où une grosse molaire inférieure avait sa racine distale en rapport avec un volumineux kyste à liquide stérile, et sa racine mésiale baignant dans le pus d'un abcès alvéolaire.

Exercice de l'Art dentaire en Italie.

Dans la séance du 14 mai 1901, M. Rampoldi a déposé et développé à la Chambre des députés d'Italie une proposition tendant à transformer en loi le décret qui impose le diplôme de médecin et de chirurgien pour l'exercice de l'art dentaire et cela dans le but d'empêcher que les mécaniciens-dentistes ne continuent de pratiquer abusivement cette branche de l'art de guérir.

M. Teso, sous-secrétaire d'Etat de l'Instruction publique, a consenti, avec les réserves d'usage, à ce que la proposition soit prise en considération, et la Chambre a prononcé cette prise en considération.

Exposition de Bruxelles.

La Fédération dentaire nationale belge a inauguré le 4 juin son stand à la Section d'Hygiène (classe XVI). C'est un cabinet de chirurgien-dentiste avec les installations les plus perfectionnées, y compris la radiographie, l'outillage le plus moderne, le dernier mot du confort en la matière.

Mariage.

Le mariage de notre confrère M. Henri Jan de Laas avec Mlle Lisa Pesquès a eu lieu à Lorient le 11 de ce mois.

Nous adressons nos félicitations aux nouveaux époux.

Cliniques dentaires scolaires.

M. Albin Lenhardtson, secrétaire de la Commission d'hygiène de la F. D. I., fut chargé en 1907 par le Gouvernement suédois de visiter la clinique dentaire scolaire de Strasbourg, fondée et dirigée par le Prof. Jessen. A son retour, il présenta un rapport à son Gouvernement. Depuis, 14 villes suédoises ont créé des cliniques sur le modèle de celle de Strasbourg.

Société odontologique suisse.

La 25e assemblée annuelle de la Société odontologique a eu lieu à Berne les 20, 21 et 22 mai. Le vendredi 20, à 4 h. 1/2 du soir, première séance au Casino. Samedi matin, réunion et rapports, démonstrations à l'Aula du Gymnase ; après-midi, excursion à Worb. Le dimanche matin, nouvelles discussions et démonstrations ; dans l'après-midi, banquet d'adieux.

Fédération dentaire nationale belge.

La F. D. N. belge organise un Congrès qui se tiendra à Bruxelles les 24-29 juillet 1910, au Palais des Académies sous le patronage du Ministre des sciences et des arts.

Il est divisé en trois sections : 1° Sciences ; 2° Dentisterie opératoire ; 3° Prothèse et orthodontie. Il comprend un Comité d'organisation et trois Comités de section.

Les réunions de sections et les démonstrations auront lieu dans la *Maison des médecins*, où sera installée une exposition de fournisseurs.

Chaque soir paraîtra le journal du Congrès. Le cabinet dentaire idéal figurant à l'Exposition sera l'objet d'une visite collective avec démonstrations.

PROGRAMME DU CONGRÈS.

24 *juillet soir.* — Réception des congressistes par la F. D. N. belge dans la maison des médecins.

25 *juillet matin.* — Palais des académies, séance d'ouverture.

Après-midi. — Réunion des sections, maison des médecins; ouverture de l'exposition des fournisseurs.

26 *juillet matin.* — Démonstrations.

Après-midi 2 h. — Séance plénière. Sujet : *la pyorrhée alvéolaire.* Discussion.

4 heures. — Visite de l'exposition de la F. D. N. belge. Collation offerte aux congressistes.

27 *juillet matin.* — Démonstrations.

Après-midi 2 h. — Séance plénière. Sujet : *l'éducation du dentiste.* Discussion.

4 heures. — Séance de clôture.

Soir 8 h. — Banquet.

28 *juillet.* — Excursion.

29 *juillet soir.* — Raout à l'Hôtel de Ville.

Diplôme de chirurgien-dentiste d'Université.

Sur l'initiative de M. le prof. Cavalié, directeur de la clinique dentaire de la Faculté de médecine de l'Université de Bordeaux, il a été créé un diplôme de chirurgien-dentiste de cette Université, accessible aux étrangers, mais qui ne donne pas le droit d'exercer en France.

Rappelons qu'un diplôme semblable existe déjà à l'Université de Nancy.

Congrès annuel de la B. M. A.

Le 78e Congrès annuel de la *British Medical Association* aura lieu à Londres le 24 juillet prochain. Cette Association comprend une Section d'Odontologie, présidée par M. J. Howard Mummery.

ASSOCIATION GÉNÉRALE SYNDICALE DES DENTISTES DE FRANCE

COMMISSION SYNDICALE

La Commission syndicale est chargée :

1° De préparer la défense des intérêts professionnels des membres de l'Association devant les tribunaux ;

2° De servir d'arbitre volontaire entre les diplômés, les patentés et leurs employés ; entre les dentistes et leurs clients ;

3° De faciliter la recherche des emplois et des employés.

Ces services sont spécialement réservés aux membres de l'Association. Toutefois, dans le but de faciliter les recherches, nous nous intéresserons avec le plus grand soin et à titre gracieux aux demandes et offres d'emploi qui nous seront présentées.

Afin d'éviter des retards dans l'expédition des affaires, prière de bien adresser,

A M. le Président de la Commission Syndicale,
45, rue de La Tour-d'Auvergne, Paris,

Toutes les missives ayant trait aux paragraphes 1 et 2 (affaires judiciaires).

A M. le Secrétaire de la Commission Syndicale,
45, rue de La Tour-d'Auvergne, Paris,

Les offres et demandes d'emploi.

On peut aussi s'inscrire dans ce but directement au siège social (service de la Commission syndicale).

Le Secrétaire de la Commission syndicale,
L. BRUSCHERA.

30e ANNÉE. N° 12 30 JUIN 1910 VOL. XLIII

L'ODONTOLOGIE

L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

TRAVAUX ORIGINAUX

L'ANESTHÉSIE RÉGIONALE DU MAXILLAIRE SUPÉRIEUR

Par le Dr Francis Munch.

(Communication à la Société d'Odontologie.)

Tout d'abord je tiens à vous dire combien je suis sensible à l'honneur que vous voulez bien me faire en me conviant ce soir parmi vous pour vous exposer un procédé d'anesthésie que je préconise pour la chirurgie de la face et dont on peut espérer qu'à l'occasion il rendra quelques services à l'un ou l'autre d'entre vous.

Vous savez que la tendance actuelle est de remplacer, partout où faire se peut, la narcose générale par l'anesthésie locale, afin d'atténuer ainsi la gravité des opérations. Lorsqu'il s'agit d'interventions sur la bouche ou le nez, opérateur et anesthésiste se gênent d'ailleurs mutuellement ; les à-coups qui en résultent sont préjudiciables à la bonne conduite de la narcose, et la durée de l'intervention s'allonge de toutes les interruptions nécessaires pour replonger dans le sommeil chloroformique le malade qui se réveille.

Ces inconvénients et ces dangers de l'anesthésie générale sont très vivement ressentis dans une opération qui est de pratique courante pour les oto-rhino-laryngologistes en vue de la cure radicale des sinusites maxillaires invétérées et qui consiste à trépaner l'antre d'Highmore par la fosse canine, à curetter cette cavité osseuse, puis à établir un

drainage nasal par résection d'une partie plus ou moins considérable de la paroi inter-sinuso-nasale. Or, les tentatives faites de divers côtés pour pratiquer cette opération sous anesthésie locale à la cocaïne interstitielle, ont donné des résultats généralement peu satisfaisants, parce qu'il est à peu près impossible d'insensibiliser convenablement la cavité sinusienne sans employer l'anesthésique à des doses toxiques. Aussi le curettage de l'antre est-il, avec la cocaïne locale, trop douloureux pour qu'on puisse l'imposer au patient.

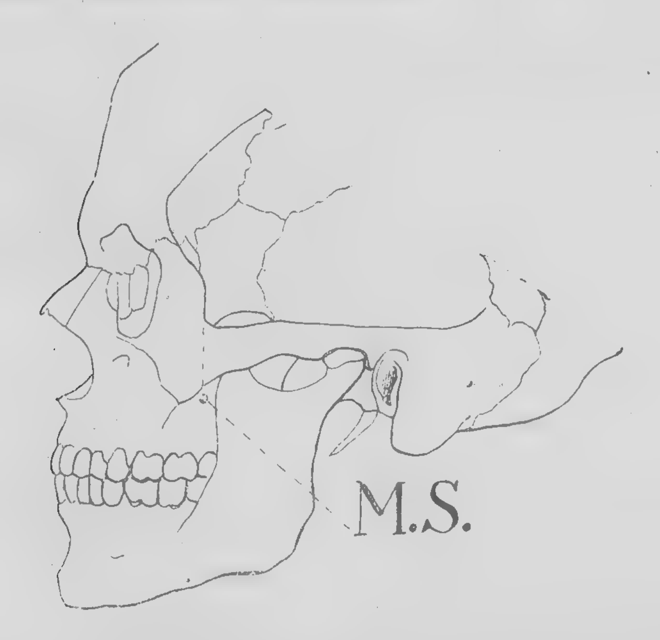
En présence de ces difficultés et de ces insuffisances, l'idée me vint d'avoir recours à l'anesthésie régionale, méthode qui fut imaginée par Corning et Oberst dès les débuts de la cocaïne et qui se propose d'insensibiliser toute une région par l'injection d'une dose minime de cocaïne dans le tronc même du nerf.

Cette méthode repose sur la constatation que la cocaïne n'agit pas seulement à la manière d'un curare sensitif, lorsqu'on la porte au contact des terminaisons périphériques des nerfs, mais que ses effets s'obtiennent également lorsqu'on en imprègne les troncs nerveux dans un point quelconque de leur parcours. Si bien qu'en déposant une quantité très faible d'alcaloïde sur le trajet d'un nerf centripète, on insensibilise tout le territoire sous-jacent au foyer de l'action cocaïnique, réalisant ainsi une section physiologique et temporaire du nerf.

Or, pour pratiquer la cure radicale d'une sinusite highmorienne, la vaste région qu'il importe d'insensibiliser se trouve toute entière sous la dépendance du nerf maxillaire supérieur. Si vous voulez bien vous remémorer vos connaissances anatomiques, vous vous rendrez compte sans peine que l'anesthésie devra s'étendre au territoire des nerfs sphéno-palatin, dentaires (postérieur, moyen et antérieur) et sous-orbitaire. Il faut donc cocaïner le tronc de la deuxième branche du trijumeau en amont du point où cette branche émet le nerf naso-palatin, c'est-à-dire là où le nerf maxillaire supérieur émerge de la base du crâne par le

trou grand rond, dans l'arrière-fond de la fosse ptérygo-maxillaire.

Ce procédé rend insensibles, du côté injecté, la lèvre et la gencive supérieures, la joue, la paupière supérieure et la partie moyenne de la région temporale, la muqueuse, le diploé et le périoste du sinus, la voûte palatine et le voile du palais, et — réserve faite de la zone limitée qu'innerve le nasal interne, issu de l'ophtalmique — à la fosse nasale ainsi qu'au squelette et aux téguments du nez. Vous voyez, par conséquent, que l'injection intratronculaire que je préconise est susceptible de vous rendre, au niveau de la mâchoire *supérieure*, les mêmes services que la technique introduite par Nogué en odontologie pour le nerf dentaire *inférieur*, technique qui vous est bien connue. Les indications sont les mêmes dans l'un et l'autre cas.



Pour ce qui est de la technique qui permet de porter la cocaïne dans cette région profonde où le nerf chemine à son émergence de la base du crâne, je dois dire que depuis deux ans que je pratique l'anesthésie régionale du maxillaire supérieur — soit sur mes propres opérés, soit sur ceux dont

mes collègues en oto-rhino-laryngologie veulent bien me confier l'anesthésie — j'ai toujours eu toute satisfaction en recourant à la voie d'accès qu'ont également utilisée Baudouin et Lévy[1] pour détruire par l'alcool la deuxième branche du trijumeau dans les névralgies rebelles de la face. Externe ou cutanée, cette voie me paraît à tous égards la meilleure. Car elle assure d'excellentes conditions d'asepsie et utilise des points de repère précis. J'éprouve en effet quelque répugnance à faire suivre à mon aiguille la voie buccale ou interne qui opère en milieu septique. Quant à la voie orbitaire, préconisée tout dernièrement, j'avoue ne pas partager à son sujet le juvénile enthousiasme de son initiateur. Cet auteur ne déclare-t-il pas « chose enfantine » que d'aborder le trou grand rond par l'orbite ! D'ailleurs il n'apparaît nullement que ce procédé, imprécis s'il en fût, représente autre chose qu'une vue de l'esprit, impossible à mettre en pratique. La voie externe ou cutanée conserve donc nos préférences. Elle est basée sur cette observation qu'une aiguille, enfoncée au lieu d'élection et orientée suivant une direction déterminée, rencontre constamment le trou grand rond à cinq centimètres de profondeur, quelle que soit d'ailleurs la conformation du crâne.

Voici comment il convient de procéder :

L'injection se pratique au ras du bord inférieur de l'arcade zygomatique, sur la verticale qui prolonge le bord postérieur de l'apophyse orbitaire externe de l'os malaire. Après désinfection du territoire cutané, on insensibilise la peau superficiellement. Puis on enfonce l'aiguille de la seringue perpendiculairement à la région. Dès qu'on a traversé les téguments, on incline la pointe de l'aiguille en haut et en dedans, en visant le plan horizontal qu'affleure l'extrémité inférieure des os propres du nez. A 5 centimètres de profondeur, on rencontre le nerf maxillaire supérieur, au plafond de l'arrière-fond de la fosse ptérygo-maxillaire. A ce niveau, on dépose la quantité voulue de la solution anes-

1. V. *Odontologie*, 28 février 1910, p. 145.

thésique. Après le retrait de l'aiguille, il s'écoule parfois quelques gouttes de sang. La piqûre ne laisse pas de cicatrice.

La solution dont je me sers habituellement pour ces injections renferme 1 o/o de chlorhydrate de cocaïne ou de novocaïne et, pour chaque centimètre cube de solution, une ou plusieurs gouttes d'adrénaline à 1 o/oo. Parfois on obtient avec une pareille solution une simple analgésie, tandis que la sensibilité tactile persiste. Mais cela importe peu au point de vue opératoire.

Le principe est de cocaïner au fur et à mesure le trajet que suit l'aiguille. Mais, en réalité, lorsque la peau a été préalablement insensibilisée, on peut avancer assez rapidement jusqu'à 4 centimètres de profondeur. Les organes que traverse l'instrument jusqu'à ce point, ont en effet une sensibilité très atténuée : ce sont les muscles masséter et temporal ainsi que la boule graisseuse de Bichat. D'autre part il y a avantage à ménager sa solution. Car lorsqu'on en a été prodigue, on peut observer de l'œdème de la joue et de la contracture de la mâchoire pendant deux ou trois jours. Dans le cinquième et dernier centimètre il ne faut progresser que très lentement, la cocaïne à la main. Car à ce niveau la région devient très sensible, en raison des nombreux filets qui la parcourent.

En général, il suffit de 2 ou 3 centimètres cubes pour obtenir l'anesthésie recherchée ; rarement on en injectera plus de 4.

L'anesthésie s'annonce souvent par des fourmillements ou une sensation d'enflure ou d'engourdissement au niveau de l'aile du nez ou des dents de la rangée supérieure. Pour qu'elle soit complète, il faut en général de dix à vingt minutes. Elle s'étend alors à tout le domaine extra-crânien du nerf maxillaire supérieur, et persiste environ une heure et demie, après quoi la fonction nerveuse se rétablit progressivement.

Les écueils que l'on peut rencontrer au cours de l'injection s'évitent aisément si l'aiguille est orientée suivant les règles que nous avons retracées. Lorsqu'on butte sur un

plan osseux à deux centimètres de profondeur, c'est l'apophyse coronoïde du maxillaire inférieur que l'on rencontre. Un peu plus loin, c'est l'apophyse ptérygoïde du sphénoïde. En pareille occurrence, il suffit d'incliner l'aiguille en avant pour rectifier sa direction. Même très développée, la tubérosité maxillaire est peu gênante ; car l'aiguille passe au-dessus de cette saillie osseuse. Lorsqu'on se dirige trop en avant, on s'expose à pénétrer dans l'orbite par la fente sphéno-maxillaire ; l'aiguille ne s'arrête alors qu'à 6 centimètres : c'est à cela que l'on reconnaît la fausse route.

Du côté des vaisseaux, on n'a guère d'accidents à redouter, ainsi que le prouvent et l'expérience clinique et les injections colorées sur le cadavre. L'artère maxillaire interne occupe dans l'arrière-fond de la fosse ptérygo-maxillaire, un plan très inférieur à celui du nerf que l'on vise ; il ne semble pas que l'aiguille puisse jamais léser cette artère.

Si l'on se conforme strictement à la technique que je viens de vous exposer, l anesthésie régionale du maxillaire supérieur constitue un procédé utile dans tous les cas où l'on a avantage à insensibiliser la totalité ou tout au moins une partie étendue du territoire ressortissant à la deuxième branche du trijumeau. En la pratiquant des deux côtés simultanément, on réalise une anesthésie chirurgicale complète de tout le massif maxillaire supérieur.

LE PROBLÈME DE L'ARTICULATION

Par Alfred Gysi, D. D. S.,
Professeur à l'École dentaire de l'Université de Zurich

Traduction de M. L. Monet, de La Chaux-de-Fonds (Suisse).

(Suite et fin [1].)

CHAPITRE IX

Disposition des dents antérieures.

Si l'on ne veut pas disposer les dents antérieures trop droites, régulières et parallèles comme une clôture de jardin, il est bon de connaître les règles suivantes :

A. — *Profil des dents supérieures.*

L'incisive centrale supérieure est disposée avec sa face labiale légèrement inclinée, avec sa face palatine sous un angle de 60° par rapport au plan d'occlusion (fig. 81 *I*).

L'incisive latérale a ses faces linguale et labiale toutes deux fortement inclinées ; la linguale sous un angle d'environ 50° (fig. 81 *II*).

La canine a sa surface labiale presque perpendiculaire, tandis que sa surface linguale a une inclinaison d'environ 40° (fig. 81 *III*).

Le bord incisif de la canine se dirige en arrière comme les prémolaires (fig. 81 *IV*). Si cela n'est pas observé dans les dents artificielles et que la canine soit placée dans le sens des incisives, elle présente à l'œil toute la largeur de la surface labiale ce qui fait paraître toute l'arcade trop large, d'autant plus encore que les prémolaires ne pouvant être cachées derrière la canine, l'arcade paraît encore plus plate et plus large.

---

1. V. *L'Odontologie* du 30 mars, p. 241, du 30 avril, p. 353, du 15 mai, p. 422, du 30 mai, p. 470 et 15 juin, p. 517.

En disposant les canines, il est de toute nécessité qu'elles ne dépassent pas le plan formé par les incisives centrales et les prémolaires (fig. 79, 81 [3] et 70).

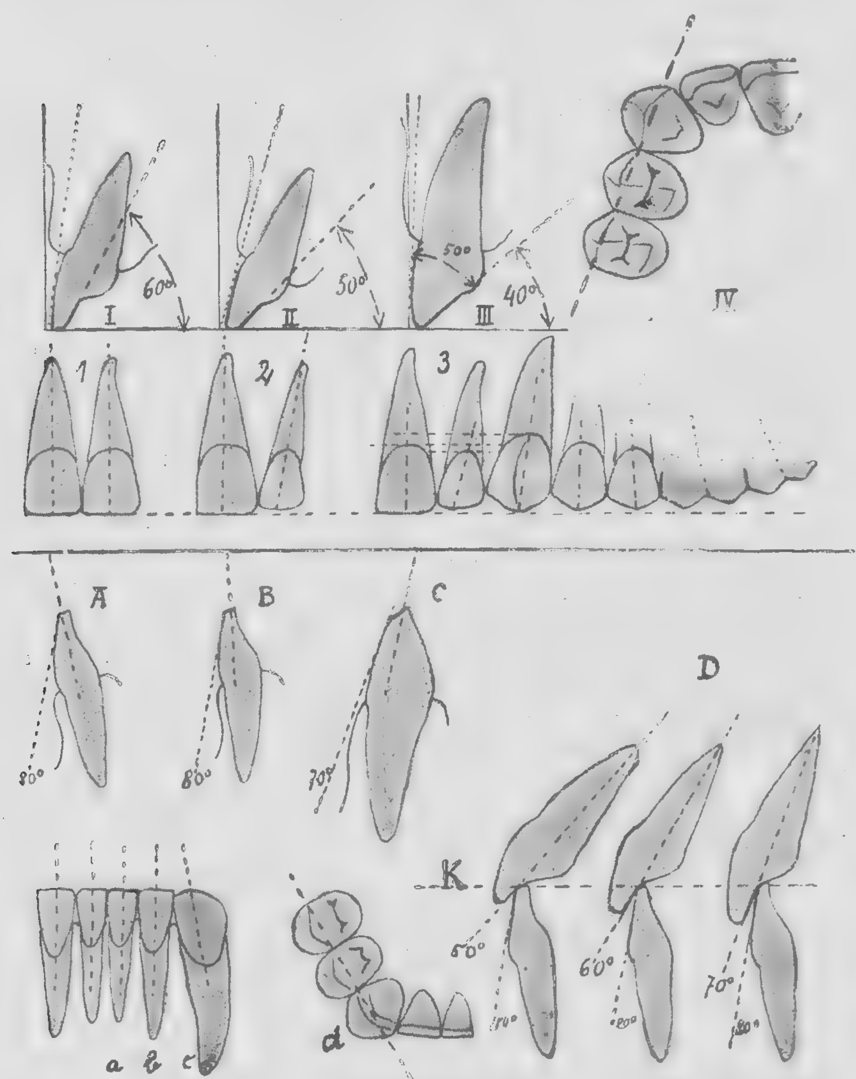


Fig. 81. — Rapports des dents antérieures entre elles quant à leur position.

B. — *Aspect de face des dents supérieures.*

Les deux incisives centrales sont parallèles entre elles et à la ligne médiane du maxillaire (fig. 81 [1]).

L'incisive latérale est quelque peu inclinée vers le centre

et son bord incisif est un peu plus haut (fig. 81 [2]). La canine n'est pas autant inclinée contre le centre, mais n'est cependant pas perpendiculaire. Le bord gingival est pour ces trois dents très élevé à la canine, très bas à la latérale et à une hauteur moyenne pour la centrale (fig. 81 [3] et fig. 70).

C. — *Profil des dents inférieures.*

La centrale inférieure a son axe quelque peu incliné en avant et sa surface labiale dirigée en dedans du bas en haut (fig. 81 *A*).

La latérale est un peu plus perpendiculaire (fig. 81 *B*). La canine est soit perpendiculaire, soit légèrement inclinée du côté lingual ; sa surface labiale forme un angle de 70°.

Les incisives inférieures sont normalement toujours semblables, tandis que pour les supérieures leur face linguale peut présenter des inclinaisons variant de 50° à 70° (fig. 81 *D*). Pour les dentiers, il est bon de ne pas employer cette forte inclinaison de 70°, ou un trop fort chevauchement, ceci, pour des raisons pratiques.

D. — *Aspect de face des dents inférieures.*

Les quatre incisives inférieures sont parallèles entre elles (fig. 81 *a b*).

La canine est fortement inclinée contre le centre (fig. 81 *c*). Son bord incisif se dirige comme pour la canine supérieure dans la direction des molaires (fig. 81 *d*).

Le secret pour obtenir une belle disposition naturelle des dents antérieures est d'essayer le dentier étant encore en cire, sur le patient ; on a ainsi devant soi les divers caractères du visage et de ses parties, lèvres, nez, yeux, etc., et peut travailler plus artistement que sur l'articulateur, même si l'on a reporté sur celui-ci toutes les indications. D'autre part, pour éviter la monotonie dans la couleur des dents, on pourra choisir des canines un peu plus jaunes et des incisives latérales un peu plus grises que les centrales.

CHAPITRE X

Articulation croisée ou over bite.

Eug. Müller (de Zurich) a déterminé après mensuration exacte de maxillaires édentés que la résorption du processus alvéolaire supérieur est plus grande du côté des deux racines antérieures des molaires que du côté de l'unique racine palatine.

Le contraire se produit dans le maxillaire inférieur parce que la paroi linguale des alvéoles est beaucoup plus mince que la paroi buccale qui est épaisse et compacte.

Si l'on mesure l'arcade dentaire supérieure, à la partie mastiquante, avant l'extraction des dents, on voit qu'elle est de 5 mm. plus large que l'inférieure. Sur le rebord alvéolaire même les deux maxillaires ont la même grandeur, parce que les couronnes des dents du haut sont inclinées en dehors et les inférieures en dedans (fig. 60). De telle sorte qu'après extraction des dents la résorption du rebord alvéolaire supérieur est de 5-8 mm. moindre que celle du maxillaire inférieur.

Müller recommande de monter les dents artificielles en employant cette articulation croisée des molaires (fig. 83) de telle sorte qu'à la mâchoire supérieure les tubercules palatins des molaires supérieures débordent les dents du bas plutôt que les tubercules buccaux et que ce soit le contraire à la mâchoire inférieure. De cette façon, les molaires n'ont pas besoin d'être placées trop en dehors du rebord alvéolaire ce qui donne à l'appareil de prothèse une plus grande stabilité (fig. 84, 90). Jusque et y compris les prémolaires on place cependant les autres dents selon les données anatomiques.

Il est des cas où on emploiera cette articulation croisée que d'un seul côté ; dans d'autres cas, seules les secondes molaires seront placées ainsi ; pour savoir quand il faut procéder ; de cette façon, il n'est besoin que de se rappeler que

les molaires doivent toujours être le plus possible sur le rebord alvéolaire. Aux endroits où l'on passe de l'articulation normale à l'articulation croisée, il faut prendre soin que les dents ne se touchent pas par leur tranchant afin que le patient ne se morde pas les lèvres ou la langue. Pour éviter ce défaut, il faut faire avec la meule une surface inclinée (Voir fig. 84 *a*, première molaire inférieure) à l'endroit critique de telle façon qu'au moment de fermer la bouche, la langue et les lèvres soient poussées de côté. Quant à la forme des arcades dentaires dans l'articulation croisée voir la remarque concernant la fig. 69.

Avec mon appareil (fig. 62) servant à mesurer l'inclinaison des surfaces mastiquantes j'ai cherché la forme précise des molaires pour l'articulation croisée (fig. 82 *XX*). Lorsque l'inclinaison de la trajectoire de l'articulation est de 40°, c'est-à-dire lorsque tous les tubercules ont la même longueur (d'après la loi fig. 63) on peut arriver simplement au résultat désiré en employant les molaires inférieures gauches comme molaires supérieures droites et vice versa, ceci autant qu'on utilise les nouvelles dents à tubercules S. S. W. On peut déjà faire cet échange sur les cires avec lesquelles le fabricant livre les dents. — Lorsque l'inclinaison est de 30° ou 20, c'est-à-dire lorsque les tubercules sont de longueur inégale (fig. 63) les relations sont renversées lorsque l'articulation est croisée. Dans l'articulation normale les longs tubercules sont en dehors; dans l'articulation croisée, ils sont par contre en dedans (fig. 82 à gauche) de telle sorte qu'on ne peut faire ici un échange croisé de dents du moins si l'on veut obtenir une exactitude complète.

Les articulations normale et croisée ont ceci de commun que les longs tubercules extérieurs sont dirigés dans le sens lingual et les courts dans le sens buccal. Si l'on désire encore plus d'exactitude, on doit meuler le sillon, après que les dents ont été échangées, d'après le schéma indiqué fig. 85.

La forme primaire indiquée dans la fig. 85 est celle d'une molaire pour une inclinaison de la trajectoire de l'articula-

tion de 40° où les tubercules sont de longueur égale selon la loi fig. 63. Pour une inclinaison de 30°, cette molaire

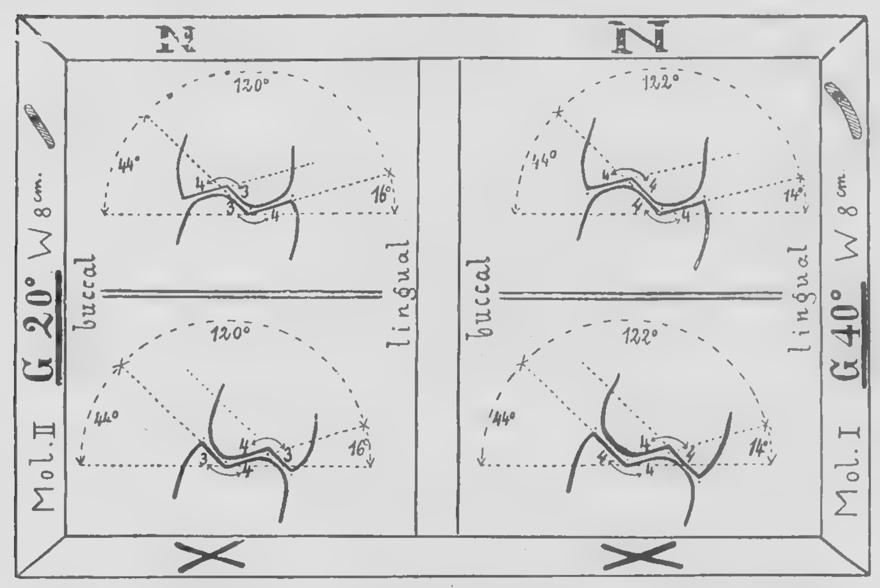


Fig. 82. — Comparaison entre les longueurs de tubercules dans l'articulation normale et l'articulation croisée, lorsque l'inclinaison de la trajectoire de l'articulation est de 20° et de 40°.

G Inclinaison de la trajectoire de l'articulation.
W Position des centres de rotation.
N Articulation normale.
X Articulation croisée.

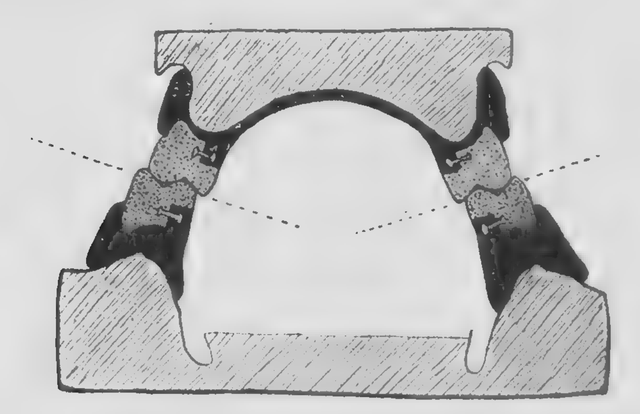


Fig. 83. — Articulation croisée, les molaires en coupe transversale.

devrait être meulée jusqu'à la ligne 30° *NB* dans l'articulation normale et jusqu'à la ligne 30° *KB* dans l'articulation croisée, etc.

Dans l'articulation normale, les surfaces extérieures *a* sont meulées de telle façon que les surfaces internes *i* soient plus courtes et dans l'articulation croisée, elles sont meulées de façon à ce que la face interne *i* soit plus longue. Après ce meulage, les molaires inférieures gauches sont échangées avec les molaires supérieures droites dans l'articulation

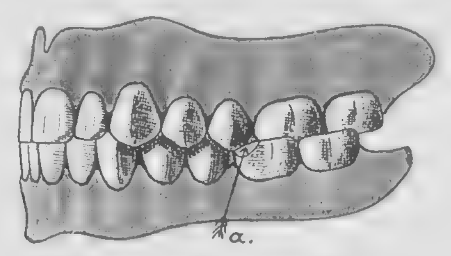


Fig. 84. — Articulation croisée, les molaires vues de profil.

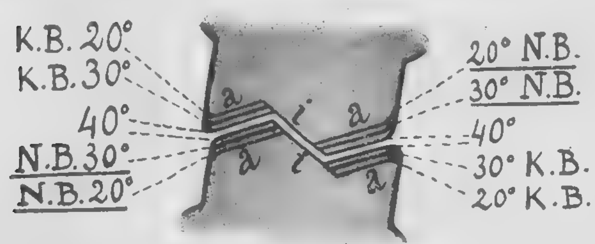


Fig. 85. — Schéma de la transformation d'une molaire normale pour diverses relations.

croisée et nous avons toutes les conditions indiquées dans la fig. 82. Comme ce travail à la meule est très difficile, on ne doit considérer les explications de la fig. 85 que comme théoriques.

De toutes ces considérations on peut conclure qu'il s'écoulera encore beaucoup de temps avant que les fabricants livrent des dents à surfaces mastiquantes exactes. Pour le moment nous devons nous contenter de 4 types principaux *A* à *D* (fig. 65, 66) qui sont au point de vue pratique les plus importants.

Spence dit aussi dans le numéro d'août du journal « Items of Interest » que les fabricants de dents feraient mieux de livrer au lieu de mille et une formes actuelles un beaucoup plus petit nombre qui correspondraient aux formes

naturelles. Cet auteur est aussi d'avis que 12 formes de molaires suffisent et il souhaite qu'on les verra avant la fin du XXe siècle.

Dans le 4e grand tableau sont réunies les formes principales de faces mastiquantes pour articulation croisée, les angles d'ouverture étant les mêmes que pour l'articulation normale. Au moyen de cette tabelle et du procédé indiqué avec fig. 68 on peut venir à bout de toutes les combinaisons. On voit encore dans cette tabelle que l'inclinaison des faces mastiquantes est de 4° à 6° plus grande dans l'articulation croisée que dans l'articulation normale.

CHAPITRE XI

De l'amélioration de la parole.

Quand un dentier monté en cire est prêt à être essayé en bouche, c'est le moment de contrôler non seulement l'expression du visage mais encore la parole. Si les plaques de cire ont été faites avec soin, il y a peu à changer à la position des dents quant à l'aspect extérieur. Par contre on remarquera souvent que la prononciation est défectueuse même lorsque la disposition des dents est le plus naturel possible: les consonnes j. s. st. ch. Z. Zt. c. ne sortent pas bien. Je fais toujours prononcer certaines phrases à mes patients où ces lettres se trouvent nombreuses et si les S sortent difficilement, j'applique à 1 à 2 centimètres derrière les incisives et canines supérieures de la cire et fais de nouveau prononcer les mêmes phrases. Si les sons en S sont prononcés d'une manière encore plus défectueuse, j'enlève de la cire; si au contraire la prononciation est améliorée, j'ajoute encore de nouvelles couches de cire jusqu'à ce que les sons sortent parfaitement.

CHAPITRE XII

Manière de corriger en bouche une articulation inexacte.

Il arrive très souvent qu'une pièce de prothèse qui fonctionnait parfaitement dans l'articulateur et même à l'essai

en bouche, ne va plus bien une fois terminée; à la suite du mauvais *bourrage* du caoutchouc ou d'une vulcanisation défectueuse il s'est produit quelques dérangements.

C'est pour cela que toutes les pièces doivent être de nouveau articulées et meulées une fois en bouche ; cependant on ne doit pas meuler indistinctement tous les points de contact marqués par le papier d'articulation car on ruinerait de cette façon une articulation sans cela exate. On doit observer les règles suivantes :

1° Les points marqués par le papier en fermant normalement la bouche peuvent être meulés tant à la pièce du bas qu'à celle du haut; mais on meulera plutôt dans les sillons que sur les tubercules afin que les surfaces mastiquantes ne s'aplatissent pas trop et que les tubercules importants ne soient enlevés.

2° Les points marqués en faisant les mouvements de mastication ne doivent dans la règle être meulés qu'aux places qui n'ont aucune fonction lorsque la bouche est fermée, c'est-à-dire, qui ne touchent leurs antagonistes que dans les mouvements de mastication. Ces places sont généralement dans l'articulation normale aux tubercules extérieurs des dents du haut et aux tubercules lingaux des dents du bas.

Dans l'articulation croisée c'est le contraire qui se produit.

Quelques remarques sur les figures stéréoscopiques.

Les figures 86, 87, 88, 89 représentent les deux positions principales permises avec un dentier. L'appareil de prothèse représenté ici est le même que celui représenté fig. 26 et 27 en occlusion normale vu de côté et à sa face postérieure. Dans la fig. 86 le côté gauche est photographié pendant le mouvement latéral de mastication à gauche (Le condyle droit est sorti de la cavité articulaire, le menton est porté à gauche), on remarquera que toutes les dents restent en contact et que la canine supérieure passe sans obstacle entre la canine et la prémolaire inférieure. — Le même mouvement de mastication est vu postérieurement dans la fig. 89; les molaires de gauche touchent les deux rangs de tubercules, à droite le contact est aussi assuré. La fig. 87 montre toujours le même mouvement latéral mais à droite ; non seulement les molaires, mais les prémolaires restent ici en contact, seules les canines et les deux incisives de droite ne touchent plus. On voit cette même disposition un peu plus de côté dans la fig. 88.




Fig. 86.

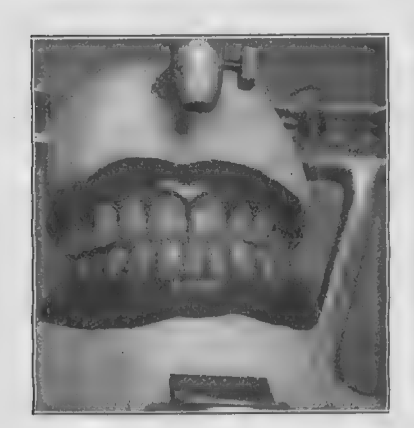
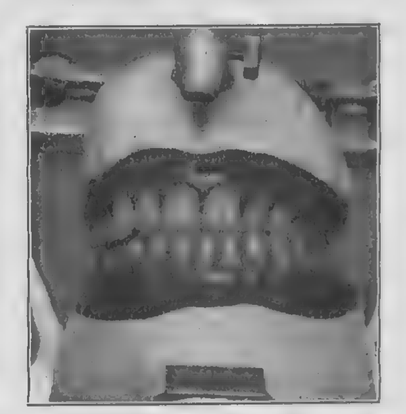



Fig. 87.




Fig. 88.

Le modèle en plâtre de la fig. 92 est celui du dentier des fig. 26, 27, 86, 87, 88, 89 ; il fait voir la forme des surfaces mastiquantes des molaires (des dents artificielles n'auraient pu être photographiées avec succès à cause de leur éclat et de leur demi-transparence ; il a fallu employer une empreinte de plâtre).

Dans la fig. 90 est une articulation croisée (over bite) avec les molaires inférieures qui dépassent les supérieures.




Fig. 89.




Fig. 90.

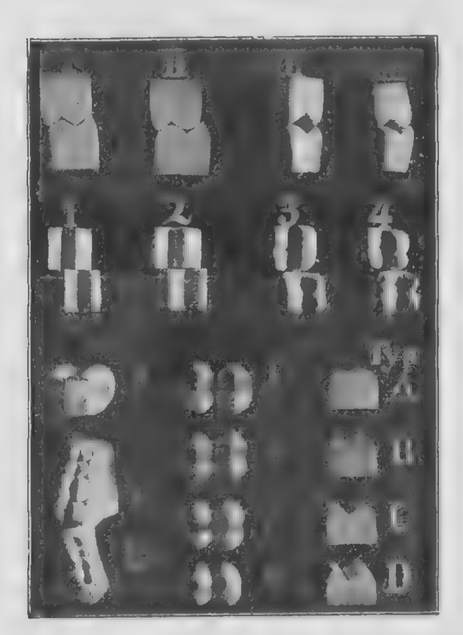
Les vues stéoroscopiques des figures 29 à 35 sont découpées à dessein (mais ne sont pas séparées en deux moitiés) et collées sur carton pour pouvoir être étudiées plus en détail dans les téoroscope.

Il est difficile à l'homme et dans tous les domaines d'imiter complètement la nature ; il est obligé de rechercher ce qui en forme l'essentiel qu'il reproduit en le débarrassant des caractères accessoires. De même dans les dents artificielles.

Il est encore un autre motif venant à l'appui de cette affirmation.

Pendant les diverses opérations : bourrage du caoutchouc et vulcanisation, se produisent des déformations qui ont leur influence sur les arcades dentaires, de telle sorte que l'occlusion et l'articulation des dents ne sont ensuite plus exactes. Il est presque toujours nécessaire d'articuler à nouveau les dents une fois en bouche. Pour rendre ce travail plus facile, il est nécessaire que les surfaces d'articulation des molaires aient des formes simples mais exactes.

La fig. 91 donne en I et 1 la forme la plus simple de cette surface des molaires : elle est représentée en *O* et *U* à des



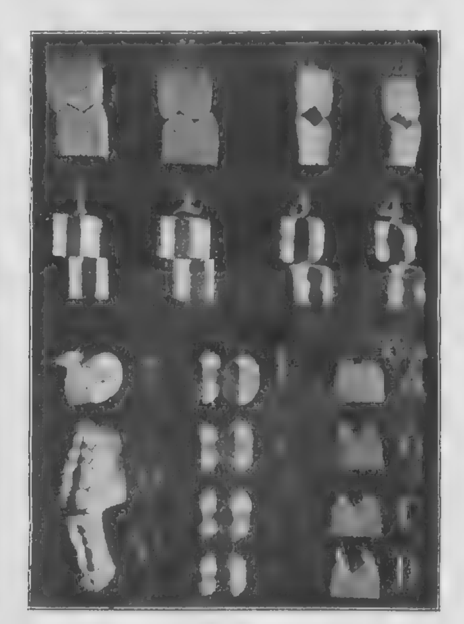


Fig. 91.

Le côté gauche fait voir par transparence une feuille de cire sur laquelle on a mordu avec des molaires à surfaces plates de la forme I et b Fig. 91.
Le côté droit montre le même résultat, mais obtenu avec des molaires et prémolaires de la forme 3 et e de la Fig. 91.

dents naturelles qui se sont ainsi meulées par frottement mutuel au cours des années ; cette dernière formation n'est pas utilisable pour les dents artificielles, comme je l'ai démontré expérimentalement dans le chapitre VII, car les

surfaces de contact sont trop étendues et trop larges ; c'est cependant le point de départ de la forme rationnelle. Voir la différence du côté gauche et du côté droit de la fig. 93.




Fig. 92.



Fig. 93.

Il suffit d'arrondir les tubercules à double face (pour les molaires supérieures les tubercules palatins et pour les inférieures les buccaux) comme le représente la fig. 57 ; on obtient ainsi de très petites surfaces de contact (voir fig. 91 II et 2). Pour diminuer encore ces surfaces et rendre la

forme des dents plus naturelle, on peut creuser des sillons semblables aux naturels, aux tubercules buccaux pour les molaires supérieures et aux tubercules lingaux pour les inférieures (voir fig. 91 III et 3) Voir l'effet dans le côté droit de la fig. 93.

Il faut se contenter de ces formes simples et cependant naturelles des molaires pour deux motifs :

1°) En creusant encore d'autres sillons (fig. 91 IV et 4 on obtiendrait la forme naturelle difficile à corriger, indiquée plus haut).

2°) On risquerait de voir les tubercules ainsi façonnés se prendre dans les sillons transversaux des antagonistes pendant les mouvements latéraux, et compromettre la stabilité des appareils.

Ceci ne peut pas se produire avec la forme III 3. Le dentier de la fig. 92 a des surfaces ainsi formées.

Les fig. 91 a. b. c. d. et e. sont la représentation schématique des prémolaires. En a et b les surfaces sont meulées d'après le principe rhombododécaédrique comme les cellules des abeilles et tant d'autres dans la nature.

On part de la forme principale « b » en arrondissant les pointes des tubercules (voir c et d) pour obtenir la forme naturelle « e ».

La forme transitoire « d » est employée dans le dentier fig. 92 afin de démontrer le mode de meulage.

Le mieux serait qu'une fabrique se mit à livrer des molaires formées selon les principes émis au cours de ce travail ; on éviterait ainsi ce meulage désagréable, disgracieux et qui prend du temps.

Je serais tout disposé à mettre mes connaissances au service d'un fabricant désireux de progresser et de lui aider au moyen de modèles exacts.

Conclusions.

Avec les dentiers artificiels il est trois degrés dans la facilité de fonctionnement ; ils dépendent de la disposition exacte des dents suivant les principes physiologiques.

I. — Les dents ont été montées sur un simple articulateur à charnières.

Dans ce cas les mouvements de mastication de côté sont impossibles car les dentiers ne tiennent pas ; les aliments ne sont qu'écrasés mais pas divisés.

II. — Les dents ont été montées sur l'un quelconque des articulateurs modernes en tenant compte des mouvements latéraux, mais elles n'ont pas été meulées, mais disposées telles qu'elles proviennent du fabricant.

Dans ce cas les mouvements latéraux de mastication sont possibles, mais les deux appareils de prothèse ne se touchent qu'en 3 ou 4 points au plus. Les dentiers ne tombent pas facilement, mais les aliments, particulièrement la viande, ne sont divisés que d'une manière défectueuse.

III. — Les dents ont été montées selon les lois et préceptes indiqués au cours de ce travail.

Dans ce cas, les deux appareils de prothèse se touchent dans les mouvements latéraux *par chacune* des dents en 2 ou 4 points ; leur stabilité est garantie et la division des aliments est la plus parfaite possible.

Considérations pratiques.

Comme dans le cours de cette étude, les manipulations ne sont pas indiquées d'une manière suivies, mais sont entremêlées avec des considérations purement scientifiques, je tiens à esquisser ci-dessous le mode de faire tel qu'il est décrit dans la brochure explicative qui est livré avec les instruments de mensuration.

1. Confection des cires d'articulation.......
2. Détermination en bouche de la hauteur de l'articulation........................
3. Détermination du contour des lèvres.....
4. Détermination de la longueur des incisives supérieures........................
5. Les cires d'articulation sont façonnées parallèles à la ligne oculaire............
6. La ligne médiane est marquée sur la cire..
7. La surface d'occlusion de la cire d'articulation inférieure est aplanie............
8. La plaque en fer à cheval est mise en place.
9. Vérifier en bouche si les cires s'appliquent partout également l'une sur l'autre.

Voir commencement du chapitre II. A.

10. Recherche du condyle.......................... Fig. 3.
11. Mise en place du grand enregistreur............... Fig. 2.
12. Enregistrement de la trajectoire de l'articulation...... Fig. 2.
13. Enregistrement de la trajectoire des incisives pour déterminer l'articulation normale.................... Fig. 16.
14. Fixation de cette articulation par des entailles sur les cires.. » »
15. Choix des dents. On congédie le patient........... » »
16. Mise en plâtre sur l'articulateur..................... Fig. 30.
17. Détermination de l'angle de la trajectoire........ Fig. 5, 6, 7.
18. Apposition de la plaque à fentes sur cet angle sur l'articulateur............................. » »
19. Détermination des centres de rotation sur l'articulateur. Fig. 32.
20. Les entailles faites sur les cires sont reportées sur les modèles en plâtre............................ Fig. 28.
21. Ajustement des dents selon les lois décrites. Fig. 57, 65, 66, 69, 70, 77, 78.
22. Essais en bouche *a*) De la position esthétique des dents antérieures.................. Fig. 81.
b) Contrôle de la parole...... Voir chap. XI.
23. Vulcanisation (Voir étude à ce sujet publié séparément.
24. Correction de l'articulateur en bouche....... Voir chap. XII.

BIBLIOGRAPHIE

Bonwill, The geometrical and mechanical laws of the articulation. Am. System of Dentistry, 1887.

Luce, E., The movements of the lower jaw. Boston medical and surgical Journal, july 4, 1889.

Graf Spee, Die Verschiebungsbahn des Unterkiefers am Schädel. Arch. f. anat. u. Physiol., 1890.

Fick, R., Ueber die Form der Gelenkflächen, 1890.

Warnekros, Die Fixierung der Bewegungen des Unterkiefers beim Kauakt etc. D. O. G. III, 1892.

Bonwill, What has Dentistry to demonstrate against the hypothesis of organic Evolution, Chicago, 1894.

Warnekros, Die Aufstellung der Zähne bei vollständigem Ersatz im Ober-und Unterkiefer. D. M. F. Z., 1895.

Walker, The glenoid Fossa etc. Dent. Cosmos, jan. 1896. — The Dental Articulation. Dent. Cosmos, juli 1896. — The Facial Line and Angles etc. Dent. Cosmos, oct. 1897.

Broomell, Temperamental indications in Prothesis. Dental Cosmos. jan. 1897.

Muller, Eug., Der Kreuzbiss. Schweiz. Vierteljahrsschrift für Zahnheilkunde, 1899, Heft III.

Hesse, Zur Mechanik der Kaubewegung des menschlichen Kiefers Deutsche Mo. f. Z.

SCHWARZE, Bisherige Resultate, nov. D. M., 1900.
SCHWARZE, Der verbesserte anat. Artikulator. D. M., 1900.
CONSTANT, A note upon a misunderstood movement of the Temporo-mandibular Joint. Journ. of the Brit. Dent. Assoc., june 1900.
TOMES AND DOLAMORE, Some Observations on the motions of the mandible. Transactions of the Odont. Soc. of Great Britani, avril 1901.
CONSTANT, A Criticism of the recent paper by Messrs. Tomes and Delamore. Journal of the British Dent. Association, sept. 1901.
OTTOLENGUI, Artificial Dentures and Articulation. Dent. Cos., mai 1902.
CHRISTENSEN, Ein rationeller Artikulator. Corr.-Blatt, 1902.
WEISS, O. A, The practical application of the principles of the Bonwill application. The Dental Review, 1903.
MICHEL, Ein rationeller Artikulator Od. Bl., sept. 1903.
SCHWARZE, Ueber Artikulation D. M., 1903.
WALLISCH, Das Kiefergelenk und der Zahnärzliche Artikulator. Oesterr.-ungar. V., 1903.
SPENCE, A Plea for the long cusps in Dent. Prothesis. Dent. Cos., nov. 1904.
CHRISTENSEN, The Problem of the Bite. Dental Cosmos, oct. 1905. Das Problem des Bisses. Aus Ashs Wiener Vierteljahrs-Fachblatt, in der Zahntechnischen Reform., 1906. Heft 8 und 9.
CAMPION, Some Graphic Records of movements of the mandible in the Living Subject. Dental Cosmos, janv. 1905.
PLATSCHICK, Le nouvel articulateur de Parfitt. Le Laboratoire, déc. 1905.
PECKERT, Ueber Artikulation im natürlichen und im künstlichen Gebisse Neuheiten und Verbesserimgen von S. S. W., nov. 1906.
SPENCE, Ideal Articulation etc. The Kerr-articulator. It. of Int., june 1907.
WALLISCH, Ein naturgetrener Artikulator. Oest.-ung. Vierteljahrssch. f. Zahnheilkunde, juli 1907.
HAHN, Die Aufstellung ganzer Zahnreihen. Korrespondenz blatt von Asch., oct. 1907.
FRANK, Experiments with Christensens Artikulator. British Dental Journal, april 1908.
AMOEDO, L'articulation des dentiers artificiels. Paris, 1907. — L'articulation temporo-maxillaire, au point de vue de la prothèse dentaire. Soc. de stom. Paris, 1907.
GANZER, Die Bewegungsbahn des Unterkiefers. Sitzungsbericht Naturforschender Freunde N° 7. Berlin, 1908.
WILSON, Construction of complete artificial dentures. Dent. Cos., oct. 1908.
CROSS, Anatomical Articulation. Dental Cosmos, janvier 1909.
FRANK, Eene methode om de ligging van het gebit te bepalen.
FRANK, De systematische opstelling von bet kunstgebit.
WALLISCH, Das Kiefergelenk. Oest.-ung. Vierteljahr., oct. 1909, p. 906.
AMOEDO, Etude des articulateurs anatomiques. Rev. gén. de l'Art dentaire, oct. 1909.
TURNER, The forms of artificial bicuspid and molar teeth. Dental Cosmos, march 1909.
TURNER, The restoration of facial expression. Dent. Cosmos, aug. 1909.
SNOW, The articulation of full artificial dentures. Reprint. from Dentists Magazine.

INVENTIONS ET PERFECTIONNEMENTS

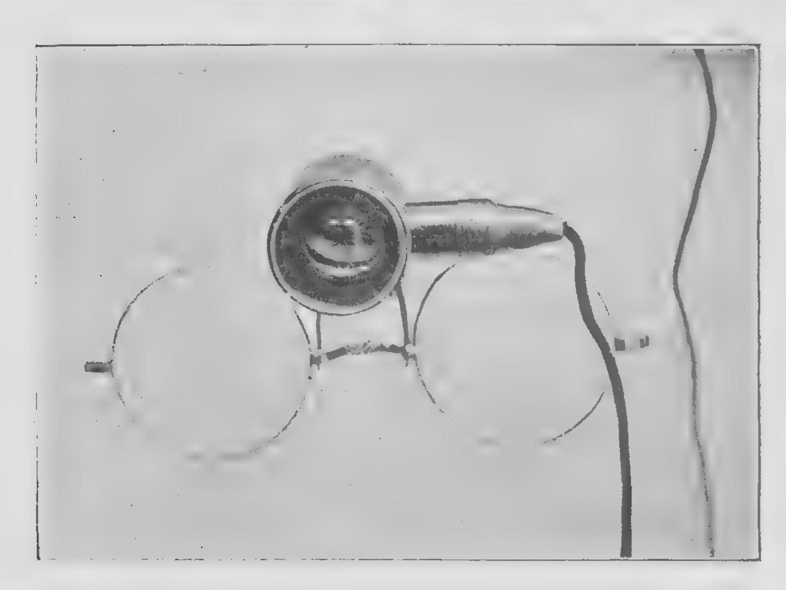
LAMPE FRONTALE ACTIONNÉE PAR UN ACCUMULATEUR, PAR PILE SÈCHE OU TOUT AUTRE COURANT

Par M. DEBRAY.

(Présentation faite à la Société d'Odontologie de Paris.)

La lampe que j'ai l'honneur de vous présenter aujourd'hui repose sur le principe du photophore.





Elle se compose d'un accumulateur et d'une ampoule électrique se

complétant d'une paire de lunettes. L'accumulateur se place dans la poche intérieure du veston ou du pardessus. Le tout pèse 900 grammes, l'accumulateur se recharge très facilement.

Pour s'en servir, on assujettit la lampe sur le front au moyen du dispositif spécial et on établit le contact avec le fil qui passe sur l'oreille du côté gauche et relie l'accumulateur.

La lampe frontale est combinée de façon à ne gêner aucun des mouvements de l'opérateur et remplace avantageusement la lampe des laryngologistes, laquelle basée sur la réflexion des rayons lumineux oblige l'opérateur à garder une certaine position le plus souvent gênante et à ne pouvoir aller et venir. Elle peut servir pour aller en ville, car souvent il est très difficile de s'éclairer.

Les lunettes peuvent servir sans la lampe, s'enlèvent et se remettent très facilement.

L'accumulateur peut marcher une vingtaine d'heures sans être rechargé.

NOTES PRATIQUES

Sous cette rubrique nous publions sans aucune critique, à titre de simple renseignement, les notes et procédés divers qui nous sont communiqués par nos correspondants ou que nous glanons dans la littérature professionnelle.

Moyen d'empêcher un tampon d'adhérer aux instruments. — Prendre un pot ordinaire peu profond à cold-cream à couvercle de métal vissé ; pratiquer dans ce couvercle un trou de la dimension d'un centime. Placer au-dessus sans serrer un morceau de peau de chamois et fixer autour du bord du couvercle avec de la soie floche. Tamponner du coton par le trou du couvercle. Saturer le coton d'huile d'olive ou d'huile de Black 1, 2, 3 ou d'une huile quelconque. En touchant ou en frottant légèrement l'instrument sur la peau de chamois on enlèvera assez d'huile pour empêcher la matière obturatrice d'adhérer à l'instrument et cependant pas assez pour que celui-ci l'abîme. *(Pacif. Dent. Gaz.)*

Soudure molle. — La meilleure soudure se compose de deux parties d'étain et d'une de plomb et elle coule à une température modérée. Une autre variété comprend des parties égales d'étain et de plomb ; elle exige une chaleur plus grande. Quand la soudure molle est nécessaire en pratique dentaire, dans la plupart des cas il vaut mieux de l'étain pur. *(Dent. Rev.)*

Polissage de l'inlay. — Il est souvent malaisé de tenir un inlay avec les doigts pour le polir, surtout s'il est petit. Pour plus de facilité humecter un morceau de coton, le mettre autour de l'inlay et tenir avec le pouce et l'index. Le coton humide protège les doigts contre la chaleur de la pierre, maintient celle-ci humide et aide notablement au polissage. *(Elliott's Quart.)*

Manipulation des petites pièces après la soudure. — Les tubes à essai sont commodes pour nettoyer rapidement les petites pièces après la soudure. Comme elles sont minces et fragiles, un peu de soin est nécessaire quand on les introduit. Ne pas verser dedans, mais incliner le tube et le laisser glisser au fond. Employer des pinces commodes pour manier les tubes quand on les tient au-dessus d'une flamme de gaz ou d'alcool. Ne pas laisser la flamme lécher le fond du tube, autrement son contenu peut être renversé par la vapeur formée rapidement. Quand la pièce est propre verser l'acide dans un autre tube et après avoir rempli le premier plusieurs fois avec de l'eau, on peut laisser tomber la pièce du tube dans la main. On évite ainsi que l'acide touche les mains. *(Dental Brief.)*

Refroidissement des empreintes à la cire pour inlays. — Répandre un peu de chlorure d'éthyle sur du coton, puis presser celui-

ci autour de la dent et de la cire, quand celle-ci est convenablement modelée. La volatilisation du chlorure d'éthyle amène rapidement le refroidissement, après quoi on peut enlever la cire avec la certitude que la forme n'a pas changé. L'inlay, s'il est investi convenablement et correctement coulé, se placera parfaitement dans la cavité. *(Am. J. of Dent. Soc.)*

Inlay d'or coulé en fixant d'abord à la cavité une matrice d'or pur mince. — La matrice placée dans la cavité, on met de la cire et l'on fait un modèle de cire à la manière ordinaire. Ce modèle avec la matrice est alors investi et l'on procède au coulage. L'inlay s'ajuste parfaitement, les bords minces débordants sont parfaits. Ce procédé donne des bords parfaits et évite les nodules qui empêchent si souvent l'inlay de s'adapter d'une façon satisfaisante. L'or du coulage semble suivre celui de la matrice. Le procédé du coulage a donc un avantage sur le procédé qui consiste à verser de l'or liquide dans la matrice, car il n'y a aucun risque de fondre celle-ci ni de faire suer l'or au travers et d'entaver son adaptation, comme c'est si souvent le cas pour une matrice en or ou en platine lorsque l'inlay est fait à l'aide du chalumeau à gaz. *(Dental Brief.)*

Coiffe comme base de couronne. — Après avoir adapté sans trop ajusté un pivot de platine iridié ou de platine pur dans le canal, y souder un morceau de plaque d'or un peu plus petit que l'extrémité de la racine, en un point tel que, quand le pivot est placé dans le canal préparé, la plaque d'or se tienne légèrement à distance de l'extrémité de la racine.

Dégrossir le pivot, couler de la cire sur le pivot et l'or, et mettre le tout en position. Le morceau de plaque maintient la forme de la cire, en empêchant tout déplacement quand on l'enlève de la racine et il en résulte un pivot s'ajustant parfaitement et une coiffe.

Cette méthode est très avantageuse pour des raisons évidentes quand on emploie deux pivots. *(Dental Cosmos.)*

Confection rapide de matrices d'or ou de platine sans déchirure. — Se servir de soie de Chine d'un poids moyen au lieu d'une peau de batteur d'or, comme support des matrices d'or ou de platine pour inlays. La soie est un perfectionnement sur le vélin, car elle a une masse plus grande et soutient mieux la feuille.

Couper celle-ci assez large pour recouvrir amplement la cavité préparée, la placer entre deux plis de soie, puis la plonger dans l'eau et, avec des boulettes de coton mouillé, de papier buvard ou d'amadou, la porter rapidement sur le plancher de la cavité et l'estamper sur la forme hardiment. On la retire ensuite de la cavité, on enlève la soie avec soin et l'on remet la matrice pour l'achever en estampant à nouveau avec des boulettes de coton, de papier buvard ou d'amadou, mais sèches cette fois, puis on achève l'opération en remplissant avec de la cire ou du camphre pour pouvoir enlever aisément. *(Dental Cosmos.)*

RÉUNIONS ET CONGRÈS

CONGRÈS DE TOULOUSE

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

Le Congrès de 1910 (39e session) se réunira du 1er au 7 août, sous la présidence de M. le professeur Gariel, membre de l'Académie de Médecine, Inspecteur général des Ponts et Chaussées.

Les séances se tiendront au Lycée.

Le Secrétariat y sera ouvert le dimanche 31 juillet à 2 h. 1/2.

Le programme général du Congrès sera le suivant :

Lundi 1er août. — Matin, séance générale d'ouverture. — Après-midi, séances des sections. — Le soir, réception par la municipalité.

Mardi 2 août. — Matin, séances des sections. — Après-midi, séances des sections. — Conférence de M. l'abbé H. Breuil sur les cavernes des Pyrénées.

Mercredi 3 août. — Matin, séances des sections. — Après-midi, visites industrielles.

Jeudi 4 août. — Excursion générale à Carcassonne.

Vendredi 5 août. — Matin, séances des sections. — Après-midi, visites scientifiques et industrielles. — Soir, conférence.

Samedi 6 août. — Matin et après-midi, séances des sections ; à 4 heures, assemblée générale de clôture.

Dimanche 7, lundi 8, mardi 9, mercredi 10 et jeudi 11 août. — Excursion finale à Barcelone.

SECTION D'ODONTOLOGIE

En outre des indications ci-dessus concernant le programme général, le programme de la Section d'Odontologie sera ainsi établi :

Lundi 1er août. — A 2 heures : Séance de section au lycée.

Mardi 2 août. — A 9 heures : Séance de section ; à 2 heures : Séance de section, au lycée.

Mercredi 3 août. — A 9 heures : Séance de démonstrations pratiques dans les salles du Bureau de Bienfaisance ; à 2 heures : Séance de section, au lycée ; élection du bureau pour la prochaine session ; le soir, à 8 heures ; banquet de la section.

Jeudi 4 août. — Excursion générale à Carcassonne.

Vendredi 5 août. — A 9 heures : Séance de démonstrations pratiques au Bureau de Bienfaisance ; à 2 heures : Séance de section au lycée.

Samedi 6 août. — A 9 heures : Séance de section, au lycée ; à 4 heures : Séance générale de clôture.

Dimanche 7 août. — Excursion finale de cinq jours à Barcelone.

Comme nous l'avons déjà indiqué une réunion commune avec la Section d'Anthropologie *et une avec la* Section d'Hygiène *aura lieu au cours d'une des séances de section à une date qui sera indiquée ultérieurement.*

Délégations au Congrès.

L'Association de l'Ecole Odontotechnique, dans sa séance du 16 juin, a voté une subvention au Congrès de Toulouse et a désigné M. A. Siffre pour y représenter l'Association et M. F. Franchette pour y représenter l'Ecole Odontotechnique.

La Société Odontologique de Lyon a désigné M. Vicat pour la représenter au Congrès.

Ve CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL

Berlin 23-28 août 1909.

COMPTE RENDU

(Suite [1].)

Par Georges Villain, D. D. S.
Professeur suppléant à l'École dentaire de Paris.

IV. — Travaux des sections.

M. R. Parreidt, de Leipzig : *Influence de la première dentition sur l'organisme de l'enfant.*

L'éruption n'est jamais nuisible à l'organisme de l'enfant, si pendant la dentition il survient des troubles, ils doivent être attribués à d'autres maladies.

La dentition difficile n'est que la conséquence d'une maladie générale, mais jamais la cause; elle disparaît dès que celle-ci est écartée.

M. E. Pawel, de Breslau : *La décalcification chez les animaux vivants et son influence sur la structure des os et des dents.*

Les maladies générales les plus variées et les troubles de nutrition de l'enfance, parmi les lésions compliquées de l'échange de substances qu'elles entraînent, peuvent aussi influencer la résorption et l'assimilation des sels de chaux, et cette diminution secondaire dans l'échange des substances calcaires des tissus est la cause la plus fréquente, sinon l'unique, des anomalies de structure des dents.

M. E. Paul, de Dresde : *La pathogénie des bacilles fusiformes et des spirochètes buccaux.*

L'auteur examine si les bacilles fusiformes et les spirochètes dentaires ont des propriétés pathogènes et si l'on doit les regarder comme la cause ou comme l'adjuvant de l'éclosion d'une série de maladies de la bouche et de la gorge.

6° : Section d'orthopédie dentaire.

Cette section fut une des plus actives du Congrès ; son succès est dû surtout à l'obligeance et à la grande courtoisie de son président, M. Heydenhauss, et à l'activité inlassable de ses deux secrétaires, MM. Körbitz et Zielinsky.

La section tint cinq séances. A l'ouverture le président prononce

1. V. *L'Odontologie* des 15 et 30 septembre, 15 et 30 octobre, 15 et 30 novembre, 15 et 30 décembre 1909, 30 janvier, 15 et 28 février, 15 et 30 mai et 15 juin 1910.

une adresse de bienvenue particulièrement aimable pour les Français, qu'il remercie d'être venus nombreux apporter leurs expériences et leurs travaux, auxquels il rend hommage.

Le président appelle *M. Jackson*, de New-York, pour l'exposé de son travail. M. Jackson décrit sa méthode et la fabrication des divers appareils. On sait que cette méthode est basée sur l'emploi d'appareils en fils de piano fixés aux dents à l'aide d'étriers renforcés; ces appareils sont amovibles et n'empruntent que la force continue.

Le premier thème mis à l'ordre du jour est ensuite exposé par *M. Kunert*, de Breslau, rapporteur :

a) *La classification des anomalies d'occlusion d'après Angle suffit-elle comme système scientifique de la classification des rapports anormaux des dents et des mâchoires ?*

b) *L'hypothèse d'Angle supposant que la nature apporte le plus grand soin à placer les premières molaires et surtout les supérieures qui peuvent être presque toujours considérées normalement placées, est-elle admissible ?*

Le rapporteur résume ainsi son travail :

a) 1° La classification des malpositions des dents acceptée par Angle s'appuie trop sur les rapports mésio-distaux des dents, et insuffisamment sur la forme et les rapports mutuels des os maxillaires ;

2° Par conséquent ce système présente seulement une valeur pratique et ne peut nous satisfaire au point de vue scientifique ;

3) Cependant nous pouvons très facilement satisfaire aux exigences scientifiques et pratiques, par une combinaison de notre classification avec celle d'Angle ; il en résulte l'avantage que la valeur pratique du système d'Angle est essentiellement augmentée, le cours du traitement à choisir sera indiqué clairement pour la plupart des cas dès leur début.

b) 1° L'hypothèse d'Angle que la nature apporte toujours le plus grand soin dans la position des premières molaires, particulièrement qu'elle ne se trompe jamais en plaçant les premières molaires supérieures, doit être considérée comme fausse ;

2° Il n'y a aucune raison de supposer que la première molaire supérieure est toujours bien placée, et que dans tous les cas les molaires inférieures sont mal placées, ce qui oblige à rechercher toujours leur relation avec les molaires supérieures ;

3° Il est au contraire souvent nécessaire de faire jouer ce rôle aux molaires inférieures ;

4° Il n'est pas admissible de poser en principe, pour diagnostiquer les trois classes, la position fixe et immuable d'une dent, que ce soit la première molaire supérieure ou l'inférieure. Cela ne répond ni aux rapports réels des dents ni aux relations réelles des os maxillaires entre eux. Il serait plus logique de prendre pour la classe II les pre-

mières molaires inférieures comme une base avec laquelle les premières molaires supérieures seraient mises en relation.

Pour la classe III la façon de voir d'Angle semble juste. On ne doit pourtant pas oublier que la valeur des rapports entre les premières molaires inférieures et supérieures ou vice versa n'est que relative, tous les cas ne pouvant être rangés parmi ceux-ci ; par exemple les cas de prognathisme supérieur proprement dit n'appartiennent pas à la classe II, les cas d'opisthognatisme supérieurs n'appartiennent pas à la classe III.

M. ZIELINSKI, de Berlin, traite ensuite le sujet : *Le placement de la première molaire permanente derrière la dentition temporaire.*

1° La termination des arcades dentaires, mesurées aux faces distales des secondes molaires de première dentition, ne forme pas toujours exactement un plan vertical ;

2° Plus l'âge de l'individu se rapproche du moment où la première molaire permanente apparaît, moins la termination des arcades dentaires supérieure et inférieure correspond au plan perpendiculaire qui caractérise la dentition temporaire. Après une étude approfondie de l'occlusion on trouve une dislocation des faces distales des molaires l'une vis-à-vis de l'autre ;

3° Après l'apparition de la dernière dent de lait, dans la troisième année, les arcades dentaires temporaires forment une rangée ferme et ininterrompue ;

4° Dans les années suivantes et jusqu'à l'apparition de la première molaire permanente, il se forme des interstices entre les différentes dents, à l'exception des deux molaires de lait ;

5° On trouve par des mensurations que la partie de la mâchoire qui embrasse les canines et les molaires de première dentition montre dans la cinquième année un agrandissement plus visible au maxillaire supérieur que la partie correspondante du maxillaire inférieur ;

6° L'expansion de l'arcade dentaire en direction latérale commence dans la quatrième année. L'expansion antéro-postérieure commence seulement dans la cinquième année ;

7° La conséquence de la différence dans le développement des arcades dentaires supérieure et inférieure est l'agrandissement du rayon de l'arc formé par les dents antérieures du maxillaire supérieur ;

8° Considérant que les dents antérieures des deux maxillaires se trouvent en contact permanent, il est indispensable que le maxillaire inférieur se déplace vers le maxillaire supérieur.

9° Le maxillaire inférieur s'allonge en avant par la pression des molaires permanentes en développement. Dans ce cas, les secondes molaires de la première dentition du maxillaire supérieur et inférieur se déplacent l'une vis-à-vis de l'autre, le maxillaire supérieur étant le point fixe ;

10° La première molaire du maxillaire inférieur entre en contact avec la face triturante de la seconde molaire supérieure temporaire.

C'est pour cela, que la première molaire supérieure permanente évolue en plaçant son tubercule mésio-lingual dans les fissures de la dent correspondante.

Des processus analogues de développement se voient chez tous les anthropoïdes ;

11° Si la formation normale des interstices ne se fait pas à la première dentition, la dislocation du maxillaire inférieur n'aura pas lieu. Dans la sixième année les faces distales des secondes molaires temporaires forment encore un plan vertical et les molaires articulent seulement par leurs tubercules (pointe sur pointe) ;

12° Il existe une relation entre la fausse position des premières molaires permanentes et le placement irrégulier des dents antérieures, en tant que la dernière est le résultat conséquent de la première ;

13° Après la chute des molaires temporaires la première molaire permanente du maxillaire inférieur se déplace mésialement par rapport à la position de son antagoniste de façon que le tubercule mésio-lingual de la molaire supérieure articule nettement dans la fissure de la molaire inférieure.

M. Georges Villain, prié par le comité local de la section de présenter un rapport à ce sujet, traita la question comme il le fit devant la Société d'Odontologie en novembre 1908[1] dans son travail intitulé : *Essai d'unification de la terminologie et des diverses classifications en orthopédie dentaire.*

Il traita ensuite : *La première grosse molaire supérieure prise comme base de diagnostic en orthopédie dentaire.* Il résuma ainsi les conclusions de son rapport :

« Je suis heureux de féliciter le bureau de la neuvième section d'avoir mis à l'ordre du jour ces deux questions si importantes.

» Je me suis depuis près de trois ans livré à une étude sérieuse de la classification en orthopédie dentaire, et j'ai été amené à considérer l'œuvre d'Angle comme incomplète et basée sur une erreur.

» Comme la plupart des orateurs je ne puis souscrire à l'hypothèse d'Angle au sujet de la dent de 6 ans supérieure ; je vous ai montré quelques projections qui me semblent confirmer les divers arguments produits contre cette hypothèse, qui est, à mon sens, inacceptable au point de vue anatomique et physiologique et au point de vue clinique.

» En effet la clinique prouve surabondamment qu'anatomiquement la dent de 6 ans supérieure est susceptible d'occuper une position anormale par rapport aux autres portions du squelette facial ; je vous ai projeté quelques clichés typiques à ce sujet. Presque tous les cas

1. Voir *Odontologie*, janvier à avril 1909.

de malpositions des canines supérieures (très fréquents) sont dus, nous le remarquons en clinique, à une malocclusion mésiale des premières grosses molaires supérieures.

» La dent de 6 ans supérieure faisant son éruption après son antagoniste, il semble logique de supposer qu'elle sera guidée dans sa position par la dent de 6 ans inférieure, déjà évoluée. D'autre part, nous remarquons en clinique, dans les cas de rétrécissement du diamètre latéral de l'arcade supérieure, que la dent de 6 ans inférieure occupe par rapport à son antagoniste une position distale à la normale ; or, dans ces cas, ce n'est pas la molaire qui est anormalement placée par rapport au maxillaire inférieur, mais bien plus souvent le maxillaire inférieur lui-même, qui n'est pas en relation normale avec le supérieur, soit par malposition du condyle dans la cavité glénoïde (condyle placé sur la portion postérieure de la cavité glénoïde dont le plan chez les enfants est horizontal, ce qui permet un recul aisé de la mandibule dans un mouvement de rétropulsion exagéré, guidé par la malocclusion) ; dans d'autres cas enfin le maxillaire inférieur semble être arrêté dans son développement.

» La classification d'Angle basée sur cette hypothèse ne répond donc pas à nos besoins, elle est en outre *incomplète*, puisqu'elle n'envisage qu'un seul rapport, rapport d'occlusion, éliminant ainsi les trois autres rapports que je vous signalais dans mon travail :

1° Rapports des dents entre elles (conformation des arcades) ;

2° Rapports des arcades entre elles (occlusion) ;

3° Rapports des arcades avec les maxillaires (protrusion, rétrusion, mésio-trusion, disto-trusion) ;

4° Rapports des maxillaires avec les os de la face (prognathisme, opisthognatisme).

» Cette classification (Angle) n'englobe qu'un nombre limité des cas que nous rencontrons journellement, encore ces cas ne peuvent-ils être envisagés dans le seul rapport admis par Angle (rapport des arcades entre elles) que dans une seule direction, mésio-distale.

» On peut donc dire que cette *classification réduite* est encore *insuffisante* puisqu'elle ne nous permet pas de classer les anomalies de rapports occlusaux, linguo-vestibulaires ou verticaux.

» Si pratique que puisse sembler *a priori* la classification d'Angle, je suis convaincu qu'elle ne peut suffire comme système scientifique de classification des anomalies de rapports des dents et maxillaires. »

La discussion est alors ouverte sur ce thème : MM. Jackson, de New-York, Körbitz, de Berlin et Wolpe confirment les vues exposées par les rapporteurs.

(A suivre.)

IIIe CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE SCOLAIRE

Le IIIe Congrès international d'hygiène scolaire se réunira à Paris du 2 au 7 août prochain, au Grand Palais des Champs-Elysées.

Il sera accompagné d'une exposition internationale de tout ce qui concerne l'hygiène de l'Ecole et de l'écolier, qui durera un mois, au rez-de-chaussée du Grand Palais, et qui sera inaugurée le lundi 1er août. Le mobilier scolaire y sera représenté par des modèles de tables, par des classes meublées à l'aide des types en usage dans les différents pays. L'exposition sera, pendant le Congrès, réservée aux congressistes; le public n'y sera admis qu'après le Congrès.

Mardi 2 août.

Matin : Inauguration du Congrès. Réception des congressistes.

Séance d'ouverture présidée par le Ministre de l'Instruction publique, dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne. Tous les pays civilisés y seront officiellement représentés.

Après-midi: Visites et excursions dans Paris.

Mercredi 3, jeudi 4, vendredi 5 août.

Matin : 9 heures, Grand Palais (1er étage), séance plénière consacrée à la discussion des rapports généraux. Un rapport sera discuté chaque jour. — 10 heures : Ouverture des séances des sections. Lecture et discussion des communications.

Après-midi : 2 heures. Séance des sections. Discussion des rapports de section. — 3 h. 1/2 : Continuation des communications.

Pendant le Congrès, excursions scientifiques et promenades chaque jour à Paris et dans les environs, visites des établissements d'instruction, musées, monuments, etc., visites avec conférences dans l'exposition ; séances de gymnastique comparée exécutée par des groupes d'enfants de différents pays, sous la direction de leurs maîtres.

Un Comité de dames s'est constitué pour rendre agréable aux dames étrangères le séjour à Paris. Des excursions et promenades leur permettant de visiter Paris seront spécialement organisées à leur intention.

Toutes les Compagnies de chemins de fer accordent aux membres du Congrès une réduction de 50 o/o.

Les médecins, les chirurgiens-dentistes, les professeurs, les instituteurs, les pères de famille et en général tous ceux qui s'intéressent à l'avenir des enfants, peuvent adhérer au Congrès.

Pour obtenir les renseignements complémentaires, s'adresser au Secrétariat général, 10, boulevard Magenta, Paris, 10e.

BIBLIOGRAPHIE

Livres reçus.

Nous avons reçu les ouvrages suivants dont nous rendrons compte prochainement :

Maladies des mâchoires, Louis Ombrédanne (Baillière, 1910).

Histoire générale de la chirurgie dentaire, André Bonnet (Ash, 1910).

Les arthrites alvéolo-dentaires, Fourquet (Octave Doin, 1910).

Kystes radiculaires et débris paradentaires, Galippe.

Inconvénients et dangers des dentiers et autres pièces de prothèse dentaire et maladie dite du caoutchouc, Eilertsen.

NÉCROLOGIE

Robert Didsbury.

Notre confrère M. H. Didsbury, membre de l'A. G. S. D. F., vient d'avoir la douleur de perdre son fils M. Robert Didsbury, le 17 juin, à l'âge de 20 ans.

Nous adressons nos profonds regrets et nos sincères condoléances à notre confrère et à sa famille.

Mme Harwood.

Notre confrère M. Harwood, de Lyon, membre de l'A.G.S.D F., vient de perdre sa femme dans des circonstances particulièrement terribles. Une allumette jetée négligemment a mis le feu à la robe de mousseline dont Mme Harwood était vêtue et en un clin d'œil celle-ci était entourée de flammes. Grièvement brûlée sur tout le corps, elle a succombé après 24 heures de souffrances.

Nous prenons la plus grande part à la douleur de notre confrère et nous lui exprimons notre vive sympathie à l'occasion de cet affreux événement.

NOUVELLES

Ecole dentaire de Paris.

Conformément à l'art. 3 des statuts et par décision du Conseil d'administration en date du 14 juin et après scrutin, M. Machtou a été nommé membre du Conseil en remplacement de M. Desforges, dont la démission a été acceptée.

*
* *

Sont nommés, après concours :

M. Sénécal, chef de clinique de chirurgie-dentaire ;

M. Morineau, chef de clinique de dentisterie opératoire, *avec félicitations* ;

M. Ferrand, chef de clinique de dentisterie opératoire ;

MM. Raymond Lemière et Léger, chefs de clinique de bridges.

*
* *

Ont été nommés : MM. Cotel et Billet, démonstrateurs; M. Baelen, chef de clinique honoraire.

Concours à l'Ecole dentaire de Lyon.

Le Conseil d'administration de l'Ecole dentaire de Lyon décide l'ouverture d'un concours le 19 septembre 1910 pour trois postes de démonstrateurs.

Ce concours comprend : *a*) Une épreuve sur titre. *b*) une épreuve clinique. *c*) une épreuve écrite.

A la première séance, le jury procédera d'abord à l'examen des titres des candidats, puis à l'épreuve clinique ; il communiquera ensuite une liste de huit questions, pour la dissertation écrite, parmi lesquelles il en sera ultérieurement tiré au sort une seule pour l'ensemble des candidats.

EPREUVES. — *a*) Epreuves sur titres comptant pour 5 points, savoir :

Titres universitaires...........................	5 points.
Titres dentaires, services rendus à l'école ou à la profession....................................	
Travaux scientifiques..........................	

L'appréciation des titres se fait d'après les dossiers remis par le

secrétariat et les explications orales qui pourront être demandées aux candidats.

Une épreuve clinique comptant pour 30 points et comprenant :

a) Examen d'un malade choisi par le jury, explication clinique de l'affection dont il est atteint et du traitement à instituer.

Le candidat aura un quart d'heure pour examiner ce malade et un quart d'heure pour exposer le résultat de son examen.

b) Exécution de plusieurs opérations d'urgence.

Une épreuve écrite comptant pour 30 points et consistant en dissertation sur un sujet tiré au sort dans une série de huit questions (anatomie, pathologie et thérapeutique bucco-dentaire). Deux heures seront accordées pour ce travail qui sera fait sans l'aide de livres ni de notes.

Les compositions seront lues en présence du jury, qui pourra argumenter les candidats sur le sujet traité.

JURY. — Le jury se compose de quatre membres tirés au sort, plus le directeur de l'Ecole.

CLASSEMENT. — Le classement des candidats sera opéré d'après le nombre de points obtenus, dont le maximum est 65.

Minimum pour être admis : les 2/3 du maximum. Ce minimum obtenu ne donne pas droit à la nomination.

NOMINATION. — La nomination est prononcée et proclamée par le Conseil d'administration de l'Ecole, d'après les rapports adressés par le jury du concours, la Commission scolaire entendue. Le candidat déclaré admissible ne pourra faire usage de son titre faisant l'objet du concours que deux ans après sa nomination et son entrée en fonctions.

CONDITIONS D'ADMISSION AU CONCOURS. — *a*) Etre âgé de 21 ans au moins.

b) Jouir en France des droits civils et politiques ou être en instance pour obtenir l'admission à domicile ou la naturalisation.

c) N'avoir commis aucun acte entachant l'honorabilité.

d) Avoir fait acte de candidature huit jours au moins avant l'ouverture du concours par une demande écrite contenant l'énumération des titres, qualités et travaux, et avoir signé l'engagement de service contenant les obligations inhérentes au parti faisant l'objet du concours d'après les règlements en vigueur.

e) Avoir le droit d'exercice légal en France.

Toutes les épreuves sont publiques, sauf l'épreuve sur titres.

A la licence ès sciences.

Nous avons le plaisir d'apprendre que notre confrère M. Bennejeant, de Clermont-Ferrand, a terminé ses examens de licence ès sciences par le certificat de chimie générale qu'il a obtenu avec la mention *bien* en juillet 1909 et qu'il a obtenu également le diplôme d'études supérieures de sciences avec la mention *très honorable* en décembre de la même année en présentant un travail sur le développement des dents chez les Anoures et plus particulièrement chez la Rana Temporaria.

Nous lui adressons nos félicitations.

Nomination.

Nous avons le plaisir d'apprendre que notre confrère M. Pacheco, D. E. D. P., membre de l'A. G. S. D. F., a été nommé chirurgien-dentiste de l'hôpital de la Société royale portugaise de bienfaisance de Para (Brésil).

Inspection dentaire.

A La Chaux-de-Fonds une enquête, décidée par la commission scolaire, a eu lieu sur la dentition des 5.800 élèves des écoles primaires. Trois dentistes de la ville ont offert leur concours désintéressé à cette entreprise. Le résultat n'est guère flatteur puisqu'on a constaté que 10 pour cent à peine des enfants présentaient une denture saine et une mâchoire régulièrement soignée, quelques-uns ignoraient même totalement l'usage de la brosse à dents.

Cliniques dentaires scolaires en Allemagne.

La clinique dentaire scolaire de Schöneberg a été ouverte le 1er avril. L'établissement est dirigé par le médecin municipal, mais le service dentaire est assuré par un chirurgien-dentiste, auquel est adjointe une religieuse.

Depuis Pâques les enfants des écoles primaires de Duisbourg reçoivent des soins dentaires systématiques. Une clinique a été installée dans le vieux lycée avec un budget annuel de 25.000 marks. Les dépenses seront couvertes par des souscriptions des autorités, du Comité central allemand d'hygiène dentaire scolaire et par un versement annuel de 1 fr. 25 par les parents des enfants.

Une clinique dentaire scolaire municipale a été inaugurée à Lahr le 4 février 1910.

Le Conseil communal de Berlin a voté un crédit de 30.000 marks pour les soins dentaires à donner aux écoliers.

Nouvelle société dentaire.

Il s'est fondé à Stuttgart une société de protection des intérêts des dentistes de la ville et des environs.

Mariage.

Nous apprenons le mariage de Mlle Edith Kirk, fille de notre distingué collaborateur M. Edward C. Kirk, de Philadelphie, avec M. Conyers Read, de Lansdowm. L'union a été célébrée le 14 juin.

Nous adressons nos félicitations à M. et à Mme Kirk et nos vœux de bonheur aux jeunes époux.

Fusion de Sociétés.

A la dernière heure nous apprenons que la Société Odontologique de France s'est réunie à la Société de Chirurgie dentaire, ou, pour mieux dire, les deux Sociétés n'en forment plus qu'une, qui prend le nom de Société Odontologique de France.

Le nouveau Bureau qui dirigera les travaux de la S. O. F. jusqu'à fin décembre est ainsi composé :

Président : A. Siffre.
Vice-Présidents : F. Bertrand et P. Fontanel.
Secrétaire général : Fourquet.
Trésorier : P. Dubois.
Secrétaire étranger : Ed. Neech.
Secrétaires de séances : R. Kern et Longray.

Nous sommes heureux de voir l'union se rétablir parmi nos confrères du Groupement de la rue Garancière et nous les félicitons vivement de la décision qu'ils viennent de prendre, car, à l'heure actuelle, les odontologistes doivent s'unir plus que jamais et éviter d'émietter leurs forces dans de multiples groupes.

Union Corporative des anciens étudiants et étudiants en chirurgie dentaire.

Le 6 juin a eu lieu l'assemblée générale de l'Union corporative des anciens étudiants et étudiants en chirurgie dentaire.

M. Barden, professeur à l'Ecole Odontotechnique, a fait une conférence sur les « Découvertes récentes et Procédés nouveaux en chirurgie dentaire ». M. Leroux, de la maison Weber, a fait une démonstration de « Gingivit-Email ».

L'assemblée a décidé d'organiser pour la rentrée scolaire de novembre un banquet qui réunirait les jeunes chirurgiens-dentistes, les étudiants et les professeurs des trois écoles.

En raison des vacances la prochaine assemblée générale aura lieu en octobre.

Fédération Dentaire Nationale.

La F. D. N. se réunira le vendredi 1er juillet courant à 8 h. 3/4 du soir, à son siège social, 28, rue Serpente.

Ordre du jour :

1° Procès-verbaux ;

2° Correspondance ;

3° Propositions de la F. D. I. relatives à la constitution d'un Comité français d'hygiène dentaire scolaire ;

4° Nomination des membres du Comité ;

5° Proposition de réception de la Commission d'hygiène de la F. D. I. ;

6° Rapport sur le stage de prothèse (Décret du 11 janv. 1909) ;

7° Communications et propositions diverses.

INDEX ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES

1er semestre 1910.

TABLE MÉTHODIQUE DES MATIÈRES

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

ASSOCIATION GÉNÉRALE SYNDICALE DES DENTISTES DE FRANCE

BIBLIOGRAPHIE

BULLETIN

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

CORRESPONDANCE

ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

ENSEIGNEMENT

FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNATIONALE

FÉDÉRATION DENTAIRE NATIONALE

GROUPEMENT DE L'E.D.P. ET DE L'A. G. S. D. F.

HYGIÈNE

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

INVENTIONS ET PERFECTIONNEMENTS

JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE

NÉCROLOGIE

NOTES PRATIQUES

NOUVELLES

RÉUNIONS ET CONGRÈS

REVUE ANALYTIQUE

REVUE DES REVUES

SOCIÉTÉ DE L'ÉCOLE ET DU DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

Société d'Odontologie de Paris.

TRAVAUX ORIGINAUX

VARIA

NOMS D'AUTEURS

1. Les noms en italiques indiquent les orateurs qui ont pris part aux discussions.

ASSOCIATION GÉNÉRALE SYNDICALE DES DENTISTES DE FRANCE

COMMISSION SYNDICALE

La Commission syndicale est chargée :

1° De préparer la défense des intérêts professionnels des membres de l'Association devant les tribunaux ;

2° De servir d'arbitre volontaire entre les diplômés, les patentés et leurs employés ; entre les dentistes et leurs clients ;

3° De faciliter la recherche des emplois et des employés.

Ces services sont spécialement réservés aux membres de l'Association. Toutefois, dans le but de faciliter les recherches, nous nous intéresserons avec le plus grand soin et à titre gracieux aux demandes et offres d'emploi qui nous seront présentées.

Afin d'éviter des retards dans l'expédition des affaires, prière de bien adresser,

A M. le Président de la Commission Syndicale,

45, rue de La Tour-d'Auvergne, Paris,

Toutes les missives ayant trait aux paragraphes 1 et 2 (affaires judiciaires).

A M. le Secrétaire de la Commission Syndicale,

45, rue de La Tour-d'Auvergne, Paris,

Les offres et demandes d'emploi.

On peut aussi s'inscrire dans ce but directement au siège social (service de la Commission syndicale).

Le Secrétaire de la Commission syndicale,
L. BRUSCHERA.

BULLETIN

DE

L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE

RÉSUMÉ DES PROCÈS-VERBAUX DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Séance du 27 janvier 1909.

Présidence de M. FRANCIS JEAN.

La séance est ouverte 9 h. 1/4.

Sont présents : MM. Blatter, Claser, d'Argent, Delair, Dyssli, Fléty, Fouques, Godon, Hugot, Lalement, Richer, Rigolet, Roy, Thuillier, Viau.

Le secrétaire général donne lecture du procès-verbal de la séance du 30 octobre 1908, qui est adopté sous réserve d'une observation de *M. Rigolet.*

Il fait part des excuses de MM. Vichot (Angers), Duplan (La Rochelle) et Debray (Saint-Germain).

Il donne lecture du rapport qu'il présentera à l'assemblée générale et qui conclut à la nomination de M. Nanche, d'Annecy, comme membre honoraire avec service gratuit de *L'Odontologie.*

Ce rapport est mis aux voix et adopté.

Le trésorier, M. Viau, donne lecture de son rapport et présente le bilan au 30 septembre, ainsi que la liste des obligations de la caisse de prévoyance évaluées au cours de la Bourse du 30 septembre 1908.

Le rapport du trésorier est mis aux voix et adopté.

Le président demande au Conseil de remercier M. Viau de son rapport. *Adopté.*

M. Lalement donne lecture de son rapport sur la Chambre syndicale.

M. Dyssli propose des félicitations à MM. Delair et Lalement, qui sont votées à l'unanimité.

M. Blatter donne lecture de son rapport sur la situation financière de *L'Odontologie.*

Le président dit que la publication du numéro exceptionnel est un événement dans l'Association et montre que la promesse faite a été tenue en ce qui concerne les améliorations matérielles. Il propose des remerciements pour M. Roy. *Adopté.*

M. Fouques dépose l'ordre du jour suivant qui est mis aux voix et adopté à l'unanimité moins une voix :

« Le Conseil d'administration approuve la direction actuelle de » *L'Odontologie* tant dans sa partie scientifique que dans sa partie de » défense professionnelle, témoigne sa confiance au directeur, l'engage » à persévérer dans sa résolution de défendre les institutions de l'Asso» ciation, le félicite de son numéro exceptionnel et passe à l'ordre du » jour. »

Des félicitations sont adressées à M. Blatter pour sa gestion.

Le président présente une demande d'admission dans l'Association formée par M. Lassus ; il annonce la démission de MM. Buscail et Bouchard.

La démission de M. Balouzet est renvoyée au Conseil de famille.

Le président ajoute que les admissions prononcées par le Conseil de l'Ecole depuis la réunion du Conseil de l'Association du 31 octobre ont été examinées d'abord par le Conseil de famille mixte (ce sont celles de MM. Deniau, Rancillac, Sommer, Schilliger, Denêchaud, Pujol, Fournier, Vieilleville) et que les demandes d'admission de MM. Cardi, Dubouchet, Guérin, Potel et Chavenat sont affichées actuellement.

Le président annonce que les membres seront appelés à échanger leurs vues, le lendemain, sur l'application du décret du 12 janvier. De plus, au cours de la réunion des bureaux, il a été fait une proposition touchant les services dentaires dans l'armée et nommé une commission.

La modification des statuts est à l'étude; après examen de ceux de l'Ecole et de ceux de l'Association on a été d'avis d'attribuer à chacune ce qui lui revenait.

Le président termine en disant que le nouveau Bureau a l'intention de proposer le lendemain à l'assemblée générale de nommer M. Claser membre honoraire du Conseil en raison des services rendus par lui. Il est déjà président honoraire, mais les statuts ne mentionnent pas ce titre et n'y attachent par suite, aucun droit ; au contraire, d'après l'article 9, le membre honoraire a tous les droits et paye sa cotisation facultativement.

Le Conseil approuve la proposition.

M. Claser remercie.

Il est décidé de ne pas accepter pour le scrutin du lendemain les enveloppes sans signature.

La séance est levée à 11 h. 3/4.

Le secrétaire général,
FOUQUES.

Séance du 20 février 1909.

Présidences successives de MM. Francis Jean, président, Cecconi, doyen d'âge, et Francis Jean, président.

La séance est ouverte à 8 h. 3/4.

Sont présents : MM. Audy père, Blatter, Drain, J. d'Argent, Dreyfus, Delair, Fouques, Godon, Lalement (Paris), L. Lemerle, Monnin, Machtou, Rollin, Roy, G. Viau.

Le secrétaire général donne lecture du procès-verbal de la séance du Conseil du 23 janvier, qui est adopté.

Il fait part des excuses de MM. Bouvet, Fléty, Duplan, Lalement (Nevers), Brodhurst, Hugot, Thuillier, Vichot (Angers).

Il donne également lecture des décisions du Bureau du 10 février 1909, qui sont ratifiées.

Il est procédé à l'élection de membres :

1° Du Conseil de famille mixte, qui comprend trois membres du Conseil de l'Association et trois membres du Conseil de l'Ecole : MM. *Dreyfus, Lalement, L. Lemerle* sont élus ;

2° De la Chambre syndicale : MM. *Delair, Lalement, Machtou, Roy, Rollin* sont élus ;

3° Du Comité d'administration de la Caisse de prévoyance : MM. *Cecconi, Debray, Jeay, Lalement, G. Viau,* sont élus.

Il est procédé à l'élection du Bureau. Sont élus :

Président :	MM.	Francis Jean.
Vice-présidents :		Rollin, Monnin (Le Mans).
Secrétaire général :		Fouques.
Secrétaire-adjoint :		Lalement (Paris).
Trésorier :		G. Viau.

M. Cecconi cède la présidence à M. Francis Jean.

M. Francis Jean déclare qu'il est très touché et très reconnaissant de l'unanimité des suffrages qu'il a obtenue. Il promet de faire tous ses efforts pour assurer l'union et la prospérité de l'Association.

Il recommande à ses collègues de s'efforcer d'amener des adhérents à l'Association.

Il fait connaître que les trois bureaux : Ecole, Association, Société d'Odontologie, ont examiné le projet d'une fête, devant avoir lieu le 3 avril (banquet, soirée, séance de démonstrations pratiques) pour célébrer le trentième anniversaire de la fondation de l'Association. Il propose, en conséquence, la nomination d'une Commission des fêtes de 5 membres (adopté).

MM. Dreyfus, Fouques, Lalement, Machtou, Rollin sont nommés membres de cette Commission.

La démission de M. Château, de Grenoble, est acceptée.

Le président annonce que, conformément à la décision du Bureau, il a adressé des félicitations au ministre de l'Instruction publique pour la signature du décret des réformes.

Il donne lecture d'une lettre par laquelle M. Lannois fait connaître que le « Cercle Odontologique » l'a désigné pour s'associer aux démarches à faire pour la croix de M. Delair.

M. Delair rappelle qu'à l'assemblée générale du 24 janvier, quelques membres ont paru mettre en doute la sincérité de la Chambre syndicale dans ses poursuites contre certains confrères. Il communique à cet égard une lettre d'un avoué de Bourges faisant connaître que le Parquet a abandonné toute action contre M. X..., parce que le fait est couvert par la prescription. Il demande l'insertion de cette communication au procès-verbal.

M. Delair ajoute qu'il a reçu d'un huissier, M. Marécat, confirmation de la comparution prochaine de M. Y. devant le Tribunal.

La séance est levée à 11 h. 1/2.

Le secrétaire général,
Fouques.

Séance du 15 mai 1909.

Présidence de M. Francis Jean, président.

La séance est ouverte à 9 heures.

Sont présents : MM. Blatter, Delair, Drain, Dreyfus, Fouques, Godon, Hugot, Lalement, Machtou, Rollin, Roy, G. Viau.

Le *secrétaire général* donne lecture :

1° Du procès-verbal du Conseil du 20 février 1909, qui est adopté, puis des décisions du bureau des 3 et 10 mai, qui sont ratifiées ;

2° D'une lettre par laquelle M. E. Sauvez se démet de ses fonctions de conseiller ;

3° D'une lettre par laquelle M. Fouitch, aide-major dans l'armée russe, demande des renseignements pour entrer dans la Société (Renvoi au Conseil de famille) ;

4° D'une lettre par laquelle l'Union corporative des étudiants en chirurgie dentaire demande une subvention.

Après un échange d'observations et des renseignements fournis par MM. Blatter et Godon, une somme de 100 francs est votée.

Le président rend compte de la démarche qu'il a faite avec M. G. Viau auprès de M. Sauvez pour le prier de reprendre sa démission.

M. Viau ajoute que M. Sauvez a assuré l'Association de ses bons sentiments, de son dévouement et, au besoin, de son concours pécuniaire, mais a maintenu sa démission de conseiller.

La démission de M. Sauvez est mise aux voix et acceptée.

M. Lalement donne lecture du rapport du Conseil de famille, concluant à la radiation de M. Manteau, pour attaques et hostilité systématique contre la société.

Les conclusions sont mises aux voix et adoptées à l'unanimité, et la lettre adressée à M. Manteau sera la suivante :

Monsieur,

J'ai l'honneur de vous notifier la décision prise par le Conseil de l'Association générale des dentistes de France dans sa séance du 15 mai courant :

« Sur le rapport du Conseil de famille et conformément à l'article 17 » des statuts, M. Manteau est radié de la liste des membres de l'Asso- » ciation générale des dentistes de France. »

Agréez, Monsieur, mes salutations confraternelles.

Le secrétaire général de l'A. G. D. F.
Fouques.

Le président fait connaître que le Conseil de direction se transforme en Chambre syndicale, en vertu de l'article 31 des statuts.

M. Lalement donne lecture, au nom de la Chambre syndicale d'un rapport sur le procès intenté par celle-ci, sur la plainte d'un sociétaire à deux praticiens de Bourges pour exercice illégal de l'art dentaire, rapport dont copie est ci-jointe.

M. Delair donne lecture d'une lettre qu'il a reçue de Mᵉ Ducuing à cet égard.

M. Godon fait connaître que les conclusions de Mᵉ Ducuing portent que la Chambre syndicale n'est qu'une Commission nommée par le Conseil de direction, au même titre que les autres Commissions, et n'a pas d'existence légale et que l'action judiciaire ne peut être intentée réglementairement que par le trésorier.

M. Delair donne lecture des conclusions rectificatives de Mᵉ Ducuing.

Le président fait connaître que le bureau a nommé une commission de trois membres : MM. Blatter, Delair, Godon, pour aller trouver Mᵉ Ducuing.

Il donne lecture des conclusions rédigées par celui-ci, qu'il propose d'approuver.

Ces conclusions sont mises aux voix et approuvées.

M. Fouques demande que le Conseil décide que le président déposera les statuts chaque année. La proposition est adoptée.

M. Godon communique les récépissés délivrés par la préfecture à la suite des deux dépôts précités, et propose qu'ils soient envoyés à l'avoué, à Bourges, dans une lettre dont il donne lecture (adopté). Il ajoute que la Chambre syndicale a toujours fonctionné ainsi, mais qu'elle n'a jamais poursuivi, et quand elle poursuit, ce doit être au nom du trésorier.

M. Delair rappelle que le Conseil de direction a donné, le 31 octobre 1908, pleins pouvoirs à la Chambre syndicale d'intenter des poursuites. Il expose les difficultés qui se présentent, si ce n'est pas la Chambre syndicale qui a qualité pour poursuivre. Il demande donc que les pouvoirs de celle-ci soient augmentés. Il ajoute qu'on pourrait donner la présidence de cette Chambre au vice-président de l'Association.

M. Roy demande que le président de la Chambre syndicale ait, sur avis du bureau, le droit de poursuivre en justice (renvoyé à la Commission de révision des statuts).

Les conclusions rectificatives sont mises aux voix et adoptées à l'unanimité.

Le bureau est autorisé à faire des poursuites pour toutes les affaires en cours.

Pour le procès de Bourges le Conseil décide que la Chambre syndicale continuera l'action, la procédure étant faite au nom du trésorier.

M. Delair donne lecture d'une lettre par laquelle M. Bourdeau, chirurgien-dentiste à Bourges, remercie, au nom de ses confrères des poursuites intentées.

Le secrétaire général dépose l'ordre du jour suivant :

« Le Conseil de direction de l'Association générale des dentistes de France, mis au courant dans sa séance du 15 mai 1909, de l'intervention injustifiée du Syndicat des chirurgiens-dentistes de France dans un procès en cours pour exercice illégal, dénonce à la profession ce procédé blâmable, contraire aux intérêts généraux de celle-ci, et passe à l'ordre du jour. »

Cet ordre du jour est mis aux voix et adopté. Il est décidé qu'il sera publié dans *L'Odontologie* avec un court exposé.

Le président rappelle que la F. D. N. a besoin du concours financier de l'Association et des autres sociétés adhérentes pour pouvoir faire face à ses dépenses.

M. Delair propose de lui voter une subvention de 250 francs (adopté).

MM. Roy, Delair, Francis Jean, d'Argent et Drain sont délégués par l'Association à l'A. F. A. S.

La séance est levée à 11 h. 1/2.

Le secrétaire général,
FOUQUES.

Séance du 17 juillet 1909.

Présidence de M. FRANCIS JEAN, président.

Il est donné lecture du procès-verbal de la séance du 15 mai 1909, qui est adopté.

Il est décidé que le président et un vice-président représenteront l'Association à l'inauguration du monument Brouardel.

Il est décidé que les palmes académiques seront demandées pour MM. Claser, Fléty, Thuillier et Brodhurst.

La Chambre syndicale est invitée à se préoccuper dorénavant, avant d'engager un procès, du chiffre d'honoraires que cela peut entraîner pour l'avocat.

Il est fait renvoi au Conseil de famille de la demande d'admission Crocé-Spinelli.

Acceptation des démissions de MM. Berthoumieu, Heydenhauss et François.

Approbation du projet de budget pour 1909-1910.

Félicitations à M. Francis Jean pour l'activité qu'il a dépensée au Comité de propagande.

MM. Delair, Rollin, Roy, G. Villain sont nommés délégués de l'Association au Congrès de Berlin.

L'Association accepte de faire partie du Comité de propagande pour l'érection d'un monument à Horace Valls, vote une souscription de 250 francs pour cette érection et délègue M. Blatter, Francis Jean, Monnin et Rollin pour faire partie de ce Comité.

Le secrétaire général,
FOUQUES.

Séance du 30 octobre 1909.

Présidence de M. FRANCIS JEAN, président.

La séance est ouverte à 9 h. 1/2.

Sont présents : MM. J. d'Argent, Delair, Drain, Fléty, Fouques, Lalement (Paris), Lemerle, Roy.

Excusés : MM. Blatter, Brodhurst, Dreyfus, Duplan, Godon, Monnin, Rigolet, Rollin, Thuillier, Viau.

Le secrétaire général donne lecture du procès-verbal de la séance du 17 juillet 1909, qui est adopté.

A l'égard des demandes de palmes, M. Delair fait observer qu'il y a lieu de mettre *redemander*, car le Conseil a déjà demandé ces palmes.

M. Delair présente des observations sur les frais relatifs au procès de Bourges.

Un crédit de 100 francs est voté pour la séance de distribution des récompenses, sous forme d'un bon d'instruments à prendre à la Coopérative.

Le secrétaire général lit une lettre du Ministère du Commerce demandant à l'Association de participer à l'Exposition de Bruxelles dans la section des syndicats (1910).

Cette participation au moyen de tableaux, brochures, etc. est décidée.

M. Delair annonce qu'il est chargé par le Comité des expositions à l'étranger d'organiser une exposition dentaire à Bruxelles.

Sur la proposition de *M. J. d'Argent*, M. Delair, qui accepte, est chargé de représenter l'Association à cette exposition dans la section des syndicats et d'organiser l'exposition de l'Association.

Un crédit de 300 francs est voté pour les frais de cette participation.

M. Lalement donne lecture du rapport de la Chambre syndicale.

M. Roy propose de féliciter MM. Delair et Lalement de leur dévouement à la Chambre syndicale et demande qu'un résumé de ce rapport soit publié dans *L'Odontologie* afin de renseigner les sociétaires.

M. Delair appuie la proposition en faisant observer que la Chambre rendrait plus de services qu'elle n'en rend si les sociétaires s'adressaient davantage à elle.

M. d'Argent est partisan de circulaires courtes et d'avis répétés concernant la Chambre syndicale et insérés dans *L'Odontologie*.

La proposition de *M. Roy* est mise aux voix et adoptée.

Il est décidé que le président de la Chambre syndicale sera adjoint à la Commission de revision des statuts.

Le président s'associe aux remerciements et félicitations à adresser à MM. Delair et Lalement, qui sont mises aux voix et adoptées.

Il fait connaître que le Conseil de famille mixte a donné un avis favorable à l'admission de 54 membres nouveaux prononcée depuis le 12 juillet. *(Cette liste a été publiée dans L'Odontologie du 30 novembre 1909.)*

Le secrétaire général communique des demandes de bourse formées par MM. D., P., L.

Le Bureau est chargé d'accorder ou de refuser après enquête à M. L. la 1/2 bourse R. devenue disponible.

Une demi-bourse est accordée à M. P.

Une bourse entière est continuée à M. D.

Le président rend compte que la Commission de revision des statuts tient des réunions fréquentes. En raison de l'étendue et de l'importance

du travail, elle a pensé que la revision tout entière ne pourrait être faite par l'assemblée générale de janvier, mais que cette revision pourrait être amorcée dans cette assemblée et continuée dans une assemblée générale spéciale ultérieure ou plusieurs, si besoin est.

Il propose d'envoyer aux membres du Conseil le projet de revision en épreuves 15 jours avant la dernière réunion du Conseil qui précédera l'assemblée générale pour qu'ils puissent l'étudier. Adopté.

Le secrétaire général communique la situation financière trimestrielle arrêtée au 30 juin 1909 et envoyée par le trésorier.

Le président annonce que MM. Richer, Vichot, Rigolet, Rebel et Lefebvre (de Parthenay) ont reçu des distinctions honorifiques du Ministre de l'Instruction publique.

Des félicitations leur ont été ou leur seront adressées par la voie de *L'Odontologie*.

Il donne lecture d'une lettre par laquelle M. Quincerot remercie de la souscription au monument d'Horace Wells.

Il rend compte des Congrès de Lille et de Berlin où l'Ecole et l'Association étaient bien représentées.

La séance est levée à 11 h. 1/2.

Le secrétaire général,
G. Fouques.

DEMANDES ET OFFRES D'EMPLOI

DE LA

COMMISSION SYNDICALE

Demandes d'emploi.

On demande pour **Paris,** place d'apprenti mécanicien.

— — — — d'opérateur mécanicien.

— — — — de mécanicien.

— — **Reims,** remplacement, juillet ou août.

— — **Paris,** place d'opérateur en remplacement.

— pour la **Province,** place d'opérateur en remplacement.

Offres d'emploi.

On offre à **Nancy,** place d'opérateur.

— à **Montargis,** place de mécanicien.

— à **Nantes,** place de mécanicien.

— à **Issoire,** place d'apprenti mécanicien.

— à **Paris,** place de mécanicien.

— à **Asnières,** place d'opérateur.

— à **Paris,** place de mécanicien.

— à **Orléans,** place d'opérateur.

— à **Paris,** place d'opérateur.